



Regione Calabria

**MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati
UE 2016/679 e art. 46 DPR 445/2000)**

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

Nato a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

Residente a (Comune, Provincia) _____ CAP _____

Via / Piazza _____

in proprio

Oververo, consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, in qualità di:

Tutore

Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale

Legale rappresentante

Di (Nome e Cognome) _____

Nato a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

Residente a (Comune, Provincia) _____ CAP _____ Via

/ Piazza _____

- A. Dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e del REGOLAMENTO UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- B. pubblicata anche sul sito <http://www.fascicolosanitario.regione.calabria.it> in ordine al trattamento dei miei dati personali in ragione di:
- Attivazione a mio nome del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
 - Alimentazione del suddetto FSE con i miei dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute pregresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari)
 - Consultazione del FSE da parte di soggetti da me autorizzati e consapevoli che:
 - Il trattamento riguarda in particolare i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute
 - Il consenso una volta manifestato potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento in tutto o in parte
 - Potrò decidere di oscurare in qualsiasi momento ogni singolo documento o informazione inseriti o già presenti nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dal titolare che li ha generati
 - Per la modifica o la revoca del consenso o per chiedere, modificare o revocare l'oscuramento di cui sopra potrò accedere al portale all'indirizzo <http://www.fascicolosanitario.regione.calabria.it> o rivolgermi presso gli sportelli dedicati delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.
- C. Dichiaro, per mio conto o nell'interesse del soggetto rappresentato di cui alla dichiarazione sostitutiva rilasciata in premessa, di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili da parte delle strutture sanitarie secondo quanto qui di seguito indicato (selezionare le opzioni che interessano):



REGIONE CALABRIA

1) CONSENSO ALL'ALIMENTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Acconsento all'alimentazione del FSE e autorizzo le strutture ed i soggetti di cui all'informativa ad alimentare il FSE con tutti i dati e i documenti clinici prodotti dagli stessi da ora in poi durante il mio percorso di cura

SI

NO

Acconsento all'inserimento nel FSE anche di tutti i dati ed i documenti pregressi, generati anteriormente alla sua attivazione:

SI

NO

2) CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEI DATI E DOCUMENTI CLINICI CONTENUTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DI TUTTI GLI OPERATORI ED ENTI DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE, COME QUI DI SEGUITO INDICATO (PER SOLI SCOPI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE)

Acconsento che i dati e i documenti clinici presenti nel FSE siano consultabili

SI a tutti

NO a nessuno

Se non si acconsente il FSE potrà essere utilizzato solo per fini di governo e ricerca nel rispetto dei limiti stabiliti dal quadro normativo vigente e non potrà essere consultato per le finalità di cura dell'assistito

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica.

L'interessato minorenni, al raggiungimento della maggiore età, dovrà manifestare un nuovo consenso.

In caso di consegna da parte di terzi del presente Modulo, il soggetto incaricato, munito di un proprio documento di identità, deve presentarsi con delega e con fotocopia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.



REGIONE CALABRIA

Luogo _____

Data _____

Firma (per esteso) _____

Spazio riservato all'ufficio

Raccolta del Modulo

Modulo raccolto dall'operatore _____ in data ____

Firma Operatore _____

NOTE _____

Caricamento del Modulo su

Modulo caricato dall'operatore _____ in data ____

Firma Operatore _____

NOTE _____