Fascicolo Sanitario elettronico

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Delega alla richiesta per l'abilitazione dell'account

ATTENZIONE

La presente delega è ritenuta valida esclusivamente laddove correlata da:

1) Fotocopia del documento di riconoscimento del delegante
2) Documento di riconoscimento del delegato

Il/La sottoscritto/a _____
(indicare Nome e Cognome del delegante)

nato/a il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ a _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indentificativo della registrazione ☐☐☐☐☐☐☐
(ricevuto via email all'atto della registrazione)

DELEGA

A richiedere l'abilitazione del proprio account per l'accesso ai Servizi Online della Regione Emilia-Romagna

il/la signor/a _____
(indicare Nome e Cognome del delegato)

nato/a il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ a _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Il delegante

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ _____

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003)

L'Azienda ricevente la richiesta, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati conferiti verranno utilizzati esclusivamente allo scopo di abilitare l'account del delegante per l'accesso ai Servizi Sanitari Online della regione Emilia-Romagna.
Il trattamento avverrà sia su supporto cartaceo che avvalendosi di strumenti elettronici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati ad alcuni terzi. I diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi alla presente Azienda ricevente la richiesta

Per la visione del testo integrale dell'informativa visita il sito **support.fascicolo-sanitario.it/informativa**
Per informazioni chiama il **Numero Verde 800 448822** oppure visita il sito **support.fascicolo-sanitario.it**