

MODULO DI RICHIESTA IN MODALITÀ ASSISTITA PER SERVIZI FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) CITTADINI MINORENNI

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. ____ il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000) e in qualità di genitore non soggetto a limitazioni della propria potestà genitoriale

DICHIARO

che i figli minorenni per i quali richiedo servizi FSE in modalità assistita sono:

1) Cognome/Nome _____
nato/a a _____ Prov. ____ il ____/____/____,

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2) Cognome/Nome _____
nato/a a _____ Prov. ____ il ____/____/____,

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3) Cognome/Nome _____
nato/a a _____ Prov. ____ il ____/____/____,

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ATTENZIONE

Si ricorda che per richiedere servizi FSE in modalità assistita per figli minorenni è necessario che il genitore **abbia rilasciato i consensi FSE necessari**

La presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a **copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità**

Acconsento alla consultazione del FSE a tutti i professionisti che prenderanno in cura i figli minorenni sopra indicati

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

Acconsento alla consegna dei referti tramite FSE per i figli minorenni sopra indicati

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

Data ____/____/____

Firma Genitore _____

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 12 del GDPR 2016/679)

L'Azienda sanitaria ricevente la richiesta, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati conferiti verranno utilizzati esclusivamente allo scopo di fornire al genitore l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ai servizi online e ad altre applicazioni su dispositivi mobili (APP) implementati e resi disponibili dalla Regione Emilia-Romagna e dalle Aziende sanitarie della Regione, dei figli minorenni. Il trattamento potrà essere eseguito usando supporti cartacei, nonché strumenti informatici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati ad alcuni terzi. I diritti di cui all' Art. 15 del GDPR 2016/679 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi all'Azienda sanitaria ricevente la richiesta.

Per la visione del testo integrale delle informative: fascicolo-sanitario.it/consensi

Per informazioni chiama il **Numero Verde 800 448822**