Fascicolo Sanitario elettronico

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Modulo per richiesta disabilitazione accesso al FSE di cittadino minorenne o tutelato

ATTENZIONE

La presente richiesta è ritenuta valida esclusivamente laddove correlata da:

1) Fotocopia del documento di riconoscimento del genitore o del tutore

Il/La sottoscritto/a _____
(indicare Nome e Cognome genitore o del tutore)

nato/a il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ a _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

RICHIEDE

In qualità di ☐ **Genitore** ☐ **Tutore**

la disabilitazione all'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico di

_____
(indicare Nome e Cognome del cittadino minorenne o tutelato)

nato/a il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ a _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Firma del genitore/tutore

_____

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**