



MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

A FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

Ai sensi del regolamento U.E. 2016/679 e DPR 445/2000, art. 46

I sottoscritti

GENITORE 1

(nome e cognome) _____ nato a _____
 provincia ____ il ____/____/____ residente a (comune, provincia) _____
 indirizzo _____ cap _____
 codice fiscale _ _ _ _ _
 documento di riconoscimento _____

GENITORE 2

(nome e cognome) _____ nata a _____
 provincia ____ il ____/____/____ residente a (comune, provincia) _____
 indirizzo _____ cap _____
 codice fiscale _ _ _ _ _
 documento di riconoscimento _____

Consapevoli della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art.76 del DPR 445/2000), in qualità di genitori non soggetti a limitazioni della propria responsabilità genitoriale di

1) (nome e cognome) _____
 nato a _____ provincia ____ il ____/____/____
 codice fiscale _ _ _ _ _

2) (nome e cognome) _____
 nato a _____ provincia ____ il ____/____/____
 codice fiscale _ _ _ _ _

3) (nome e cognome) _____
 nato a _____ provincia ____ il ____/____/____
 codice fiscale _ _ _ _ _

sotto la propria responsabilità:

a) dichiarano di aver ricevuto e di aver compreso l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento UE 2016/679, sul trattamento dei dati personali effettuato con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) pubblicata anche sul sito http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_DipPianificazioneStrategica/PIR_Areetematiche1/PIR_Altricontenuti/PIR_FSE

in ordine al trattamento dei dati personali in ragione di:

- alimentazione a nome del/dei minori sopra indicati del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con i loro dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute pregresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari) dei minori;
- consultazione del FSE da parte di soggetti 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;

- ciascun genitore potrà chiedere l'oscuramento di un documento alla struttura che lo ha prodotto; i dati oscurati saranno visibili solo alla struttura che li ha prodotti ed all'assistito, al compimento della maggiore età;

b) dichiarano, nell'interesse del/dei minori sopra indicati, di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili secondo quanto qui di seguito indicato (*selezionare le opzioni che interessano*):

1) consenso alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte degli operatori autorizzati

SI NO

2) consenso all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico con i dati sanitari e socio – sanitari pregressi, prodotti precedentemente alla sua attivazione

SI NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica. L'interessato minorenne, al compimento della maggiore età, dovrà manifestare un nuovo consenso.

I sottoscritti chiedono che l'accesso al fascicolo sanitario elettronico del/dei minori sopra indicati sia consentito a:

GENITORE 1 SI NO

GENITORE 2 SI NO

Luogo _____ **Data** _____

Firma (per esteso e leggibile del/dei dichiaranti)
