



DICHIARAZIONE DEL GENITORE IMPOSSIBILITATO A PRESENTARSI PERSONALMENTE DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / SPORTELLO DELL'ASP PER IL CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEL FASCICOLO DEI MINORI

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____/____/_____
residente a (comune, provincia) _____
indirizzo _____ cap _____
codice fiscale _____
documento di riconoscimento _____ (allegare copia
firmata in originale)

consapevole delle responsabilità anche penali in cui si può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000), dichiara

a) di essere genitore non soggetto 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 _____

b) di aver letto 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) 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 progressivo e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari) dei minori;
- consultazione del FSE da parte di soggetti autorizzati;

e consapevole 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;
- 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;

c) di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili, nell'interesse del/dei minori sopra indicati, 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/La sottoscritto/a chiede l'accesso al fascicolo sanitario elettronico del/dei minori sopra indicati come di seguito indicato:

ACCESSO AL FSE SI NO

Luogo _____ **Data** _____

Firma (per esteso e leggibile)
