

**FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO MODELLO DELEGA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

Essendo impossibilitato/a per motivi di salute ad attendere personalmente l'attività per la quale si conferisce la presente autorizzazione,

**DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

A:

**Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico**

- Rilascio consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- Revoca consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

**Recupero dei dati pregressi**

- Rilascio consenso al recupero dei dati pregressi
- Revoca consenso al recupero dei dati pregressi

**Consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico**

- Rilascio consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- Revoca consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Indirizzo e-mail a cui inviare le segnalazioni degli accessi al FSE: \_\_\_\_\_

Dichiaro di avere preso visione della Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Codice privacy), allegata al presente modulo.

Luogo e Data

Firma Delegante

\_\_\_\_\_

PRESENTARE LA TESSERA SANITARIA DEL DELEGANTE E FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE.

IL DELEGATO SI PRESENTI CON UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità connesse al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (Codice in materia di protezione dei dati personali – D. Lgs. 30/6/2003, N. 196).