ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

artt. 13-14 del Reg. UE 2016/679, "Regolamento generale sulla protezione dei dati", DPCM 178/2015 e s.m.i.

Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale

Il sottoscritto (nome e cognome) ……

nato a ……..…… il …… / …… / …… codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
residente a (Comune, Prov.) …….. via (indirizzo) ……

per sé ☐ oppure

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto mia responsabilità dichiaro

in qualità di:

- ☐ Tutore
- ☐ Esercente la responsabilità genitoriale
- ☐ Minorenne esercitante la patria potestà o rappresentante legale
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Legale rappresentante

di (nome e cognome) ……..

nato/a a…… ….. il …… / …… / …… codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ residente a

(Comune, Prov.) …….. via (indirizzo) ……

Letta e compresa l'informativa FSE pubblicata anche sul sito https://sesamo.sanita.fvg.it/, e consapevole che:
1. il trattamento riguarda, per finalità di cura, i dati personali, sanitari e socio sanitari presenti nella documentazione visibile con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
2. il trattamento riguarda finalità di cura, governo e ricerca, e il mancato conferimento del consenso alla consultazione non comporta, in ogni caso, alcuna conseguenza sulla garanzia dell'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario nazionale e dei servizi sociosanitari;
3. il consenso alla consultazione, una volta manifestato, può essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, senza conseguenze sull'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, accedendo direttamente al FSE: https://sesamo.sanita.fvg.it/ o rivolgendosi agli sportelli dedicati delle Aziende Sanitarie;
4. il consenso alla consultazione è richiesto per permettere ai soggetti esercenti le professioni sanitarie, tenuti al segreto professionale o comunque all'obbligo di segretezza, che mi prendono in cura, sia nell'ambito del SSN e dei Servizi Socio-sanitari Regionali sia da strutture sanitarie private e private-accreditate, di leggere i dati sanitari che mi riguardano;
5. potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e cura, accedendo direttamente al FSE nella scheda di ogni singolo documento: https://sesamo.sanita.fvg.it o rivolgendomi agli sportelli dedicati delle Aziende Sanitarie. L'oscuramento di dati e documenti sanitari e socio-sanitari avviene con modalità tali da garantire che tutti o alcuni dei soggetti abilitati all'accesso al FSE per le finalità di cura non vengano a conoscenza dell'esistenza di tali dati e del fatto che il dichiarante abbia espresso la volontà di oscurarli.
Dichiaro di aver compreso le informazioni fornite e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati mediante il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) come di seguito espresso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, SANITARI E SOCIO SANITARI

SEZIONE A – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE

A1) ALIMENTAZIONE DEL FSE REGIONALE CON I DATI E DOCUMENTI PRODOTTI DAI SOGGETTI E DAGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE CHE MI PRENDONO IN CURA, NONCHÈ CON I DATI E DOCUMENTI DA ME INSERITI NEL TACCUINO PERSONALE DEL CITTADINO

AUTOMATICA (art. 11 del DL 34-2020)

A2) ACCONSENTO CHE I DATI E I DOCUMENTI RESI VISIBILI NEL FSE POSSANO ESSERE CONSULTATI, OLTRE CHE DA ME STESSO, ANCHE DAI PROFESSIONISTI SANITARI CHE MI PRENDERANNO IN CURA

☐ SI ☐ NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età.
In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia)

Data …… / …… / 20…… Firma ……
(Firma estesa e leggibile)

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA:
OPERATORE OR/OP …… DATA …….. FIRMA OPERATORE ……
INSERIMENTO IN GECO:
OPERATORE OR/OP …… N° REG.GECO …… FIRMA OPERATORE ……

Note: ……..