

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro (art.46 e 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

lo sottoscritto (nome e cognome)

nato a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov) via (indirizzo)

per sé oppure

in qualità di: Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale Legale rappresentante

Minorenne esercente la potestà genitoriale

di (nome e cognome)

nato/a a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

Ricevuta l'informazione, pubblicata anche sul sito <https://sesamo.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, per **finalità di governo e ricerca**, i dati presenti nei documenti informatici privati dei dati identificativi diretti dell'interessato;
3. i consensi all'implementazione, alla consultazione ed al recupero del pregresso, una volta manifestati, possono essere modificati o revocati, in qualsiasi momento, in tutto o in parte, 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. potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e cura; rivolgendosi all'Azienda Sanitaria che li ha prodotti, o accedendo direttamente al suo FSE <https://sesamo.sanita.fvg.it>;

Dichiaro di aver compreso le informazioni fornite e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati mediante il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), da parte della Regione Friuli Venezia Giulia, contitolare del trattamento, come di seguito espresso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, SANITARI E SOCIO SANITARI

SEZIONE A-Consenso all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

A1) ACCONSENTO ALL'ALIMENTAZIONE DEL FSE REGIONALE, DA ADESSO IN POI, DEI DATI E I DOCUMENTI PRODOTTI DALLE AZIENDE SANITARIE E SOCIO SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E NAZIONALE, CHE MI PRENDONO IN CURA, NONCHÉ I DATI E DOCUMENTI DA ME INSERITI NEL TACCUINO PERSONALE DEL CITTADINO

SI (SI VADA AL PUNTO A2)

NO (L'FSE NON SI ATTIVA E NON SI PASSA ALLE SEZIONI A2 E B)

A2) ACCONSENTO CHE LE AZIENDE SANITARIE E SOCIO SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E NAZIONALE, CHE MI PRENDONO IN CURA, INSERISCANO, IN MODO CONTINUATIVO, NEL FSE REGIONALE ANCHE I DATI E I DOCUMENTI PREGRESSI, LADDOVE DISPONIBILI

SI (SI VADA ALLA SEZIONE B)

NO (SI VADA ALLA SEZIONE B)

SEZIONE B - Consenso alla consultazione dei dati e dei documenti visibili nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

B) ACCONSENTO CHE I DATI ED 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..... / / 201....

Firma

Firma estesa e leggibile

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA: OPERATORE DATA..... FIRMA OPERATORE

INSERIMENTO IN GECO: OPERATORE N° REG.GECO FIRMA OPERATORE

Note: