

MODELLO DELEGATO ACCETTAZIONE DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

in Via _____ n. _____

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

- Di accettare la delega, conferitami in data odierna dal sig./dalla sig.ra _____ ad effettuare, per suo conto, l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e usufruire di tutte le funzionalità e i servizi disponibili per il suddetto assistito.
- Di aver ricevuto alla data odierna un numero di deleghe per l'accesso al FSE per conto di altri assistiti, escluse quelle derivanti dalla responsabilità genitoriale (figli minorenni) o dalle forme di rappresentanza legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno), pari a _____ e **non superiore a 5**, come previsto da D.M. 7 settembre 2023 e ss.mm.ii.

I dati personali resi con il presente modulo saranno trattati nel rispetto della normativa vigente esclusivamente allo scopo di fornire l'accesso al proprio FSE da parte del/i soggetto/i delegato/i.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e successive modificazioni e integrazioni, disponibile al seguente link: https://sesamo.sanita.fvg.it/sesamo/#/apriti_info.

Luogo e data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL' UFFICIO

TIPO _____ e n. _____ documento del delegante,
rilasciato da _____ in data _____

TIPO _____ e n. _____ documento del delegato,
rilasciato da _____ in data _____

DATA _____ L' ADDETTO _____