

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

Rev. 06/2024

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

di (nome e cognome)

nato 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:

- il trattamento riguarda, per finalità di cura, i dati personali, sanitari e socio sanitari presenti nella documentazione visibile con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
 - 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;
 - 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;
 - 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;
 - 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, NONCHÉ 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

☐ SÌ ☐ 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: