

**MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

Ai sensi dell'art. 7 e 81 D.lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali e art. 46 DPR 445/2000

Io sottoscritto (nome e cognome) _____
Nato a _____ il ____/____/____ codice fiscale _____
Residente a (Comune, Provincia) _____ via / piazza _____ cap _____

in proprio

Ovvero, consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, in qualità di:

Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale

Legale rappresentante

di (nome e cognome) _____
Nato a _____ il ____/____/____ codice fiscale _____
Residente a (Comune, Provincia) _____ via / piazza _____ cap _____

- a) dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 sul trattamento dei dati personali effettuato con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) pubblicata anche sul sito <https://fse.egov.regione.abruzzo.it> in ordine al trattamento dei miei dati personali in ragione di:

- Attivazione a mio nome del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Alimentazione del suddetto FSE con i miei dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute pregresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari);
- Consultazione del FSE da parte di soggetti da me autorizzati;

e consapevole che:

- Il trattamento riguarda in particolare i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute;
- Il consenso una volta manifestato potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento in tutto o in parte;
- Potrò decidere di oscurare in qualsiasi momento ogni singolo documento o informazione inseriti o già presenti nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dal titolare che li ha generati;
- Per la modifica o la revoca del consenso o per chiedere, modificare o revocare l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi ai soggetti indicati sul portale all'indirizzo <https://fse.egov.regione.abruzzo.it>;

- b) dichiaro, per mio conto o nell'interesse del soggetto rappresentato di cui alla dichiarazione sostitutiva rilasciata in premessa, di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili da parte delle Strutture sanitarie secondo quanto qui di seguito indicato (selezionare le opzioni che interessano):

- 1) Acconsento all'attivazione del fascicolo sanitario elettronico;

SI NO

IN CASO DI RILASCIO DEL CONSENSO ALL'ATTIVAZIONE DEL FSE:

- 2) Acconsento all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico con i dati sanitari e socio -

sanitari generati successivamente alla sua attivazione:

SI NO

3) Acconsento all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico con i dati sanitari e socio - sanitari generati anteriormente alla sua attivazione

SI NO

4) Acconsento alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte di tutti gli Operatori ed Enti del SSR come qui di seguito indicato

SI a tutti NO a nessuno

SI, solo ai seguenti Operatori/Enti:

a) Medico di base:

proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta

Nonché:

ogni medico suo sostituto

i medici a lui associati

b) Operatori del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo, limitatamente ai dati trattati nell'ambito delle proprie competenze, afferenti ai seguenti ENTI:

Azienda Sanitaria locale n. 1 Avezzano – Sulmona - L'Aquila

Azienda Sanitaria locale n. 2 Chieti Lanciano Vasto

Azienda Sanitaria locale n. 3 Pescara

Azienda Sanitaria locale n. 4 Teramo

5) Acconsento che i dati clinici, resi anonimi, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici oggetto del trattamento, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studi di patologie e di programmazione sanitaria:

SI NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica. L'interessato minorenne, al raggiungimento della maggiore età, dovrà manifestare un nuovo consenso.

In caso di consegna da parte di terzi del presente Modulo, il soggetto incaricato, munito di un proprio documento di identità, deve presentarsi con delega e con fotocopia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.

Luogo _____ Data _____ Firma (per esteso) _____

Spazio riservato all'ufficio

Raccolta del Modulo

Modulo raccolto dall'operatore _____ in data _____

Firma Operatore _____

NOTE: _____

Caricamento del Modulo su

Modulo caricato dall'operatore _____ in data _____

Firma Operatore _____

NOTE: _____

¹ Per "Operatore del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo" si intende, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il Medico chirurgo, l'Infermiere che operano nell'Ente selezionato; si rinvia alla normativa vigente per l'elenco completo delle figure professionali qualificabili come Operatori del SSR.