





sotto la propria responsabilità:

- a) dichiarano di aver ricevuto, letto e compreso l'Informativa completa sul trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati, pubblicata anche sul sito:

<https://www.regione.sicilia.it/istituzioni/regione/strutture-regionali/assessorato-salute/dipartimento-pianificazione-strategica/altri-contenuti/fascicolo-sanitario-elettronico>

in ordine al trattamento dei dati personali in ragione di:

- consultazione dei dati e documenti, dei minori sopraindicati, presenti nel FSE da parte di soggetti autorizzati del servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari, nonché di tutti gli esercenti le professioni sanitarie autorizzati, per le finalità di cura, prevenzione e profilassi internazionale;

e consapevole che:

- il trattamento riguarda i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute;
- il consenso alla consultazione una volta manifestato potrà essere revocato in qualsiasi momento anche direttamente dal portatore del FSE della regione Sicilia:  
<https://fascicolosanitario.sanita.finanze.it/FseHomeWeb/accesso.xhtml>
- ciascun genitore potrà decidere di oscurare in qualsiasi momento ogni singolo documento già presente nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dall'autore del documento che li ha generati;
- i consensi qui espressi decadranno automaticamente al compimento del 18° anno di età del minore. Da tale data, l'accesso al FSE da parte degli esercenti la responsabilità genitoriale sarà disabilitato e l'assistito, divenuto maggiorenne, dovrà manifestare personalmente i propri consensi.
- la mancata espressione del consenso alla consultazione del FSE non pregiudica il diritto all'erogazione delle prestazioni sanitarie

- b) esprimono, nell'interesse dei minori sopraindicati, le seguenti volontà in modo libero e consapevole:

**ACCONSENTONO ALLA CONSULTAZIONE, DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO, DEL FSE DEI MINORI SOPRAINDICATI, PER FINALITÀ DI DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE**

☐ SI

☐ NO

I sottoscritti chiedono che l'accesso al fascicolo sanitario elettronico dei minori sopraindicati sia consentito a:

GENITORE 1    ☐ SI    ☐ NO

GENITORE 2    ☐ SI    ☐ NO

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

Firma (per esteso e leggibile dei dichiaranti)

GENITORE 1

GENITORE 2

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_