

**REGIONE SICILIANA**

**MODULO PER IL CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO
ELETTRONICO (FSE) DI SOGGETTI MINORI**

(Dichiarazione del genitore impossibilitato a presentarsi personalmente dal medico di medicina generale / pediatra di libera scelta / sportello dell'ASP)

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

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato/a a _____ provincia _____ il: ____/____/____

residente a _____ provincia _____

indirizzo _____ CAP _____

[illegible]

Documento riconoscimento _____ numero _____ scadenza _____

consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art.76 del DPR 445/2000), in qualità di genitore non soggetti a limitazioni della propria responsabilità genitoriale di:

1) (cognome e nome) _____

nato/a a _____ provincia _____ il: ____/____/____

codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2) (cognome e nome) _____

nato/a a _____ provincia _____ il: ____/____/____

[illegible]

3) (cognome e nome) _____

nato/a a _____ provincia _____ il: ____/____/____

[illegible]

sotto la propria responsabilità:

- a) dichiara 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>
- il 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) esprime, nell'interesse dei minori sopraindicati, le seguenti volontà in modo libero e consapevole:

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

☐ SI

☐ NO

Il sottoscritto chiede l'accesso al fascicolo sanitario elettronico dei minori sopraindicati:

ACCESSO AL FSE ☐ SI ☐ NO

Firma (per esteso e leggibile)

Luogo e Data: _____
