

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

Il sottoscritto (nome e cognome)

[Grid for name and surname]

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

Esercente la responsabilità genitoriale

Minorenne esercitante la patria potestà o rappresentante legale

Amministratore di sostegno

Legale rappresentante

di (nome e cognome)

[Grid for name and surname]

nato/a a il / / codice fiscale

(Comune, Prov.) via (indirizzo)

residente a

Letta e compresa l'informativa FSE pubblicata anche sul sito <https://sesamo.sanita.fvg.it/>, e consapevole che:

- 1. il trattamento riguarda, per finalità di cura, i dati personali, sanitari e socio sanitari presenti nella documentazione visibile con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
- 2. 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;
- 3. i consensi alla consultazione ed al recupero del pregresso, una volta manifestati, possono essere modificati o revocati, in qualsiasi momento, in tutto o in parte, 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;
- 4. 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;
- 5. 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 – CONSENSO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

("contenitore" di dati prodotti dalle aziende del Servizio Sanitario sia Regionali che Nazionali)

A1) ALIMENTAZIONE DEL FSE REGIONALE, DEI DATI E DOCUMENTI PRODOTTI DALLE AZIENDE SANITARIE E SOCIO SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E NAZIONALE, CHE MI PRENDONO IN CURA, NONCHÉ DEI DATI E DOCUMENTI DA ME INSERITI NEL TACCUINO PERSONALE DEL CITTADINO.

AUTOMATICA (art. 11 del DL 34-2020)

A2) ACCONSENTO CHE LE AZIENDE SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E NAZIONALE, CHE MI PRENDONO IN CURA, INSERISCANO IN MODO CONTINUATIVO, NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ANCHE I DATI ED I DOCUMENTI PREGRESSI ANTECEDENTI AL 19/05/2020 (art. 11 del DL 34-2020), LADDOVE POSSIBILE

SI (SI VADA ALLA SEZIONE B)

NO (SI VADA ALLA SEZIONE B)

SEZIONE B – CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEI DATI E DEI DOCUMENTI VISIBILI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

B) ACCONSENTO CHE I DATI I DOCUMENTI RESI VISIBILI NEL FSE POSSANO ESSERE CONSULTATI, OLTRE CHE DA ME STESSO, ANCHE DAI PROFESSIONISTI SANITARI CHE MI PRENDERANNO IN CURA

SI

NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica.

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: