

**MODULO CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
ATTRAVERSO IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

Regolamento U.E. 2016/679 e DPR 445/2000, art. 46

| |
|--|
| Io sottoscritto (nome e cognome) _____ |
| Nato a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____ |
| Residente a (comune, provincia) _____ via/piazza _____ cap _____ |
| <input type="checkbox"/> in proprio |

| |
|--|
| Ovvero, in qualità di <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di (in tal caso allegare copia del documento di identità del dichiarante) |
| (nome e cognome) _____ |
| Nato a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____ |
| Residente a (comune, provincia) _____ via/piazza _____ cap _____ |

consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

- a) *dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso le informazioni ai sensi dell'art. 13 e 14 Regolamento U.E. 2016/679 sul trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) pubblicate anche sul sito <https://fse.sanita.marche.it> in ordine al trattamento dei miei dati personali in ragione di:*
- *alimentazione a mio nome del Fascicolo Sanitario Elettronico (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 autorizzati;*
- e consapevole che:*
- *il trattamento riguarda in particolare i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute;*
 - *il consenso alla consultazione 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 già presenti nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dal titolare che li ha generati;*
- 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 alla consultazione dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili secondo quanto qui di seguito indicato:*

ACCONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DEGLI OPERATORI AUTORIZZATI

 SI NO

Il presente consenso alla consultazione 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

Modulo raccolto dall'operatore:

(nome e cognome)

in data

firma