REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

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

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

Io sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____
provincia ____ il ____/____/_____ residente a (comune, provincia) _____
indirizzo _____ cap _____
codice fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
documento di riconoscimento (non serve se si esprime il consenso dal proprio MMG)
_____ scadenza _____

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità:

a) dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali effettuato con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) pubblicata anche sul sito
http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_DipPianificazioneStrategica/PIR_Areetematiche1/PIR_Altricontenuti/PIR_FSE
in ordine al trattamento dei miei dati personali in ragione di:
- consultazione dei dati e documenti 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 sole finalità di cura;

e consapevole che:
- il trattamento riguarda i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute;
- il consenso una volta manifestato potrà essere revocato in qualsiasi momento;
- 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 di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili secondo quanto qui di seguito indicato (*selezionare le opzioni che interessano*):

1) **acconsento alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte degli operatori autorizzati**

☐ SI ☐ NO

2) **acconsento all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico con i dati sanitari e socio – sanitari pregressi, prodotti precedentemente alla sua attivazione**

☐ SI ☐ NO

Il presente consenso alla consultazione dei FSE ha validità permanente salvo revoca e/o modifica.

Luogo _____ **Data** _____ **Firma (per esteso e leggibile)**

_____