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) ……

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
☐ Amministratore di sostegno
☐ Esercente la responsabilità genitoriale
☐ Legale rappresentante
☐ Minorenne esercitante la patria potestà o rappresentante legale

di (nome e cognome) ……..

nato/a a…….. ….. il …… / …… / …… codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ residente a
(Comune, Prov.) ……. via (indirizzo) ……

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, NONCHÈ 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: ……..