

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO MODELLO DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

Essendo impossibilitato/a per motivi di salute ad attendere personalmente l'attività per la quale si conferisce la presente autorizzazione,

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____ residente
in via _____ CAP _____ Città _____ Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____
rilasciato da _____ il _____

A:

Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

- Rilascio consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- Revoca consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Recupero dei dati pregressi

- Rilascio consenso al recupero dei dati pregressi
- Revoca consenso al recupero dei dati pregressi

Consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

- Rilascio consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- Revoca consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Indirizzo e-mail a cui inviare le segnalazioni degli accessi al FSE: _____

Dichiaro di avere preso visione della Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Codice privacy), allegata al presente modulo.

Luogo e Data

Firma Delegante

PRESENTARE LA TESSERA SANITARIA DEL DELEGANTE E FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE.

IL DELEGATO SI PRESENTI CON UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità connesse al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lg. 30/6/2003, N. 196).