

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro (art.46 e 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto (nome e cognome) .....

nato a ..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale

residente a (Comune, Prov) ..... via (indirizzo) .....

per sé  oppure

in qualità di:  Tutore  Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale  Legale rappresentante

Minorenne esercente la potestà genitoriale

di (nome e cognome) .....

nato/a a ..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) ..... via (indirizzo) .....

Ricevuta l'informazione, 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, **per finalità di governo e ricerca**, i dati presenti nei documenti informatici privati dei dati identificativi diretti dell'interessato;
3. i consensi all'implementazione, 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. potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e cura; rivolgendosi all'Azienda Sanitaria che li ha prodotti, o accedendo direttamente al suo FSE <https://sesamo.sanita.fvg.it>;

Dichiaro di aver compreso le informazioni fornite e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati mediante il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), da parte della Regione Friuli Venezia Giulia, contitolare del trattamento, come di seguito espresso.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, SANITARI E SOCIO SANITARI

### SEZIONE A-Consenso all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

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

SI (SI VADA AL PUNTO A2)

NO (L'FSE NON SI ATTIVA E NON SI PASSA ALLE SEZIONI A2 E B)

**A2) ACCONSENTO CHE LE AZIENDE SANITARIE E SOCIO SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E NAZIONALE, CHE MI PRENDONO IN CURA, INSERISCANO, IN MODO CONTINUATIVO, NEL FSE REGIONALE ANCHE I DATI E I DOCUMENTI PREGRESSI, LADDOVE DISPONIBILI**

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 ED 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 e/o raggiungimento della maggiore età. In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia)**

Data..... / ..... / 201....

Firma .....

Firma estesa e leggibile

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA: OPERATORE ..... DATA..... FIRMA OPERATORE .....

INSERIMENTO IN GECO: OPERATORE ..... N° REG.GECO ..... FIRMA OPERATORE .....

Note: .....