

**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 ..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale

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

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. il consenso alla consultazione, una volta manifestato, può essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, 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](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 – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE**

A1) ALIMENTAZIONE DEL FSE REGIONALE CON I DATI E DOCUMENTI PRODOTTI DAI SOGGETTI E DAGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE CHE MI PRENDONO IN CURA, NONCHÉ CON I DATI E DOCUMENTI DA ME INSERITI NEL TACCUINO PERSONALE DEL CITTADINO

**AUTOMATICA (art. 11 del DL 34-2020)**

A2) ACCONSENTO CHE I DATI E 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 ..... / ..... / 20.....

Firma .....

(Firma estesa e leggibile)

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA:

OPERATORE OR/OP ..... DATA ..... FIRMA OPERATORE .....

INSERIMENTO IN GEICO:

OPERATORE OR/OP ..... N° REG.GECO ..... FIRMA OPERATORE .....

Note: .....