

**CONSENSO RELATIVO ALLA COMUNICAZIONE ON LINE AL MEDICO DI FAMIGLIA/PEDIATRA LIBERA
 SCELTA (MMG/PLS) E LORO SOSTITUTI DI ESAMI, REFERTI E DOCUMENTI SANITARI**

Il consenso alla comunicazione on line di esami, referti e documenti sanitari al medico di medicina generale o al pediatra dal lei scelto non è obbligatorio, può essere revocato in qualsiasi momento e, se non consesso, comporta che i dati sanitari non saranno visibili né al suo medico di medicina generale né al pediatra scelto.

Se concesso permette da ora in poi :

- al medico di medicina generale / pediatra di fiducia che segue il paziente di consultare on line , in tempo reale , esami , referti ed documenti sanitari (referti di visite ed esami, prescrizioni, ricoveri, visite specialistiche, eventi di Pronto Soccorso) gestiti da ASL2 savonese in formato digitale ad eccezione, di norma, dei dati soggetti ad anonimato per legge (cosiddetti dati super-sensibili)
- a Lei di fruire dei vantaggi di cura derivanti da tale visualizzazione, fermo restando il ritiro dei referti on line o presso gli sportelli aziendali .

IL CONSENSO SI ESPRIME compilando e firmando questo modulo. Per i minori di età ed i cittadini sotto tutela il genitore o il tutore possono compilare il modulo del consenso in loro vece, completando la sezione " parte da compilare con i dati del genitore o di chi esercita la legale rappresentanza

L' /La interessato/a cognomenome.....

Nato/a.....il.....

Residente inVia/P.zza.....n.....

Tessera sanitaria cod fisc

☐ **in nome proprio**

☐ **in qualità di legale rappresentate del sig**

cognomenome.....

Nato/a.....il.....

Residente inVia/P.zza.....n.....

Tessera sanitaria cod fisc

Letta e compresa l'Informativa relativa alla comunicazione dei propri dati personali in formato elettronico effettuato da ASL 2 al suo MMG/ PLS , mediante proprio personale, e consapevole che tale consenso ,da conferire una tantum, è valido per tutta la durata del rapporto fiduciario con il medico di medicina generale / pediatra e consente all' azienda di rendere visibili on line al medico scelto e, in caso di assenza al suo sostituto, se da lei autorizzato, esami, referti e documenti sanitari elaborati e custoditi in formato digitale da ASL2

ESPRIME

- **AD ASL 2 , IL PROPRIO CONSENSO FACOLTATIVO A COMUNICARE/RENDERE VISIBILI ON LINE AL MEDICO DI FAMIGLIA/PEDIATRA (MMG/PLS) E LORO SOSTITUTI ESAMI, REFERTI E DOCUMENTI SANITARI ELABORATI E CUSTODITI IN FORMATO DIGITALE DA ASL2 DA ORA IN POI**

☐ **SI**

☐ **NO**

Data

Firma del dichiarante

- **AD ASL 2 , IL PROPRIO CONSENSO FACOLTATIVO A COMUNICARE/RENDERE VISIBILI ON LINE AL MEDICO DI FAMIGLIA/PEDIATRA (MMG/PLS) E LORO SOSTITUTI ESAMI, REFERTI E DOCUMENTI SANITARI ELABORATI E CUSTODITI IN FORMATO DIGITALE DA ASL2 DAL 2002 AD OGGI**

☐ **SI**

☐ **NO**

Data

Firma del dichiarante

**CONSENSO RELATIVO ALLA COMUNICAZIONE ON LINE AL MEDICO DI FAMIGLIA/PEDIATRA LIBERA
SCELTA (MMG/PLS) E LORO SOSTITUTI DI ESAMI, REFERTI E DOCUMENTI SANITARI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(da compilare con i dati di chi esercita la potestà /tutela)

Il/la sottoscritto/a

nato a il.....

residente in Via /P.zza.....n.....

documento d'identità n°.....

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall' art. 76 D.P.R. 445/2000 ,

DICHIARA , sotto la propria responsabilità di :

☐ esercitare la potestà nei confronti del minore sopra indicato ☐ essere tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno
del paziente sopra indicato

Data

Firma del dichiarante