



Regione Campania

MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

Ai sensi dell'art. 81 D.lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali

Consapevole che le dichiarazioni non veritieri sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro:

1. di aver ricevuto e di aver compreso l'informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 sul trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), pubblicata anche sul sito <http://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/fascicolo-sanitario-elettronico> in ordine al trattamento dei miei dati personali in ragione di:
 - alimentazione a mio nome del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con i miei dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute pregresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari);
 - consultazione del FSE da parte di soggetti autorizzati;e consapevole che:
 - il trattamento riguarda in particolare i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute;
 - il consenso una volta manifestato potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento in tutto o in parte;
 - potrò decidere di oscurare in qualsiasi momento ogni singolo documento o informazione già presenti nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dal titolare che li ha generati;
 2. di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili secondo quanto qui di seguito indicato (selezionare le opzioni che interessano):

**A1) CONSENTO ALL'ALIMENTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE
E ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA
ORA IN POI**

SI NO

in caso di rilascio del consenso all'alimentazione del FSE:

A2) ACCONSENTO ALLA CONSULTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DEGLI OPERATORI AUTORIZZATI

SI NO

A3) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI SANITARI E SOCIO-SANITARI PREGESSI

SI NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica.

Luogo _____ Data ____ / ____ / ____

Firma

(*Firma per esteso e leggibile*)