

**Modulo di disabilitazione ai Servizi Sanitari Online per un minorenne**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare Nome e Cognome del genitore)

nato/a il □□ □□ □□□□ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

|  |
| --- |
| **RICHIEDE**  In qualità di □ **Genitore** □ **Tutore**  la disabilitazione all’accesso ai Servizi Sanitari Online di  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Indicare Nome e Cognome del Paziente minorenne o tutelato)  nato/a il □□ □□ □□□□ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□ |

(Firma del genitore)

Data □□ □□ □□□□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 12 del GDPR 2016/679)**  L’azienda RESP, operante nel settore sanitario, ricevente la richiesta, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati conferiti verranno utilizzati esclusivamente allo scopo di fornire al genitore l’accesso al Registro Sanitario Elettronico Personale (RESP) e ai servizi da esso forniti.  Il trattamento potrà essere eseguito usando supporti cartacei, nonché strumenti informatici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati ad alcuni terzi. I diritti di cui all’ Art. 15 del GDPR 2016/679 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi all’incaricato del trattamento ricevente la richiesta. |
| **IN LUOGO DI AUTENTICA DI SOTTOSCRIZIONE, SI ALLEGA COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.**  (Il modulo, compilato e firmato, dovrà essere inviato alla mail privacy@fsem.eu) |