

**Modulo accesso ai Servizi Sanitari Online per un minorenne**

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

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

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000) e in qualità di genitore non soggetto a limitazioni della propria potestà genitoriale

**DICHIARA**

Che i figli minori per i quali richiede la possibilità di accedere ai Servizi Sanitari Online sono:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome Nome)

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

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome Nome)

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

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome Nome)

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

Rilascio il consenso per l’alimentazione del Registro Sanitario Elettronico Personale (RESP) dei figli minorenni sopra indicati

□ ACCONSENTO □ NON ACCONSENTO

Rilascio il consenso per la consultazione del FSE dei figli minorenni sopra indicati

□ SOLO AI MIEI CARE PROVIDER ASSOCIATI

□ A TUTTI I CARE PROVIDER

□ NON ACCONSENTO

Acconsento alla consegna dei referti tramite RESP per i figli minorenni sopra indicati

□ ACCONSENTO □ NON ACCONSENTO

(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) |