

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO MODELLO DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ residente in via _____ CAP _____ Città _____ Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

Essendo impossibilitato/a per motivi di salute ad attendere personalmente l'attività per la quale si conferisce la presente autorizzazione,

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____ residente in via _____ CAP _____ Città _____ Codice Fiscale _____ Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

A:

Consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Rilascio consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Revoca consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Indirizzo e-mail a cui inviare le segnalazioni degli accessi al FSE: _____

Dichiaro di avere preso visione della Informativa sul trattamento dei dati personali (artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679), allegata al presente modulo.

Firma Delegante

Luogo e Data

PRESENTARE LA TESSERA SANITARIA DEL DELEGANTE E FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE.

IL DELEGATO SI PRESENTI CON UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

I dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, vengono trattati esclusivamente per lo svolgimento delle attività istituzionali affidate alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri e essenziali per lo svolgimento delle operazioni necessarie per l'erogazione del servizio richiesto. A tal fine, l'interessato dichiara di aver ricevuto l'informativa ex art. 13 e 14 del GDPR, allegata al presente modulo, e che potrà essere consultata per maggiori dettagli.