Fascicolo Sanitario elettronico

Modulo accesso ai Servizi Sanitari Online di minorenne

ATTENZIONE

Si ricorda che per richiedere servizi FSE in modalità assistita per figli minorenni è **necessario che il genitore abbia rilasciato i consensi FSE necessari**.

In luogo di autentica di sottoscrizione, **si allega copia di documento di identità in corso di validità**.

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 _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Acconsento alla consultazione del FSE a tutti i professionisti che prenderanno in cura i figli minorenni sopra indicati

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

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

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

Firma del genitore

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

_____

i

ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale