

Modulo accesso ai Servizi Sanitari Online di minorenne

Il/La sottoscritto/a _____ email: _____
(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

zione del FSE a tutti i professionisti che prenderanno in cura i figli minorenni sopra indicati

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

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

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

☐ **DICHIARO DI AVERE L'AUTORIZZAZIONE DELL'ALTRO GENITORE PER TALE RICHIESTA**

Firma del genitore

Data

Informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 12 del GDPR 2016/679)

L'Azienda sanitaria 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 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ai servizi online e ad altre applicazioni su dispositivi mobili (APP) implementati e resi disponibili dalla Regione Sardegna e dalle Aziende sanitarie afferenti, dei figli minorenni.

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'Azienda Sanitaria ricevente la richiesta.