

**MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI  
EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA**

**Regolamento U.E. 2016/679 e DPR 445/2000, art. 46**

Io sottoscritto (nome e cognome) _____		
Nato a _____	il ____/____/____	codice fiscale _____
Residente a (comune, provincia) _____	via/piazza _____	cap _____
<input type="checkbox"/> in proprio		
Ovvero, in qualità di <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di (in tal caso allegare copia del documento di identità del dichiarante)		
(nome e cognome) _____		
Nato a _____	il ____/____/____	codice fiscale _____
Residente a (comune, provincia) _____	via/piazza _____	cap _____

consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

a) *dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso le informazioni ai sensi dell'art. 13 e 14 Regolamento U.E. 2016/679 sul trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) pubblicate anche sul sito <https://fse.sanita.marche.it> in ordine al trattamento dei miei dati personali in ragione di:*

- *alimentazione a mio nome del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con i miei dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute pregresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari);*
- *consultazione del FSE da parte di soggetti autorizzati;*

e consapevole che:

- *il trattamento riguarda in particolare i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute;*
- *il consenso una volta manifestato potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento in tutto o in parte;*
- *potrò decidere di oscurare in qualsiasi momento ogni singolo documento o informazione già presenti nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dal titolare che li ha generati;*

b) *dichiaro, per mio conto o nell'interesse del soggetto rappresentato di cui alla dichiarazione sostitutiva rilasciata in premessa, di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili secondo quanto qui di seguito indicato (selezionare le opzioni che interessano):*

**1) ACCONSENTO ALLA ALIMENTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE E ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI:**

SI                       NO

*in caso di rilascio del consenso all'alimentazione del FSE*

**2) ACCONSENTO ALLA CONSULTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DEGLI OPERATORI AUTORIZZATI**

SI                       NO

**3) ACCONSENTO ALL'ALIMENTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO CON I DATI SANITARI E SOCIO-SANITARI PREGRESSI PRODOTTI PRECEDENTEMENTE ALLA SUA ATTIVAZIONE**

SI                       NO

*Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica. L'interessato minorenni, al raggiungimento della maggiore età, dovrà manifestare un nuovo consenso. In caso di consegna da parte di terzi del presente Modulo, il soggetto incaricato, munito di un proprio documento di identità, deve presentarsi con delega e con fotocopia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.*

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma(per esteso)** \_\_\_\_\_

-----  
Spazio riservato all'ufficio

*Modulo raccolto dall'operatore:*

(nome e cognome)

in data

firma