



REGIONE CALABRIA

**MODULO PER IL CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)
E INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
EFFETTUATO CON IL FSE**

(ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679)

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

Nato a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

Residente a (Comune, Provincia) _____

CAP _____ Via / Piazza _____

in proprio

A. Dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso l' informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) pubblicata anche sul sito www.fascicolosanitario.regione.calabria.it in ragione di:

- Alimentazione del suddetto FSE con i miei dati personali e i miei dati personali ricadenti nelle categorie particolari nei termini degli articoli 4 e 9 di detto Regolamento, idonei a rivelare lo stato di salute pregresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e sociosanitari)
- Consultazione del FSE da parte dei soggetti esercenti le professioni sanitarie, anche privati, che mi prendono in cura, con i dati degli eventi clinici presenti e trascorsi, relativi all'assistenza sanitaria da me ricevuta.

B. Esprimo la mia libera opinione (consenso/rifiuto) secondo quanto qui di seguito indicato (selezionare le opzioni che interessano):

1) RIFIUTO DELL'ALIMENTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO CON I DATI CLINICI ANTECEDENTI AL 19 MAGGIO 2020

Rifiuto l'alimentazione del FSE e non autorizzo le strutture ed i soggetti di cui all'informativa ad alimentare il FSE con i dati e i documenti clinici prodotti dagli stessi, durante il mio percorso di cura, prima del 19 maggio 2020

2) CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEI DATI E DOCUMENTI CLINICI CONTENUTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DI TUTTI GLI OPERATORI ED ENTI DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE, AI SOLI SCOPI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE

Acconsento che i dati e i documenti clinici presenti nel FSE siano consultabili

SI a tutti

NO a nessuno



REGIONE CALABRIA

Se non si acconsente il FSE potrà essere utilizzato solo per finalità di studio e ricerca nel rispetto dei limiti stabiliti dal quadro normativo vigente, in modalità anonima come da informativa, e non potrà essere consultato per le finalità di cura dell'assistito.

Sono consapevole che:

- il trattamento riguarda in particolare dati sanitari e sociosanitari
- 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 inseriti o già presenti nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dal titolare che li ha generati
- per la modifica o la revoca del consenso o per chiedere, modificare o revocare l'oscuramento di cui sopra potrò accedere al mio FSE, tramite il portale <https://www.fascicolosanitario.regione.calabria.it> o rivolgermi presso gli sportelli dedicati delle strutture sanitarie e sociosanitarie presso le quali si sono realizzati i percorsi di cura.

La presente espressione di volontà ha validità permanente salvo revoca e/o modifica esclusivamente da me effettuate, salvi i casi previsti alla sezione 4 dell'Informativa.

(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

RACCOLTA DEL MODULO

Modulo raccolto dall'operatore _____

In data _____ Firma Operatore _____

NOTE _____

CARICAMENTO DEL MODULO SU _____

Modulo caricato dall'operatore _____

In data _____ Firma Operatore _____

NOTE _____