

MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Io sottoscritto _____ nato/a a _____

CF: _____ e residente a _____ (Prov.) _____

via _____

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità,

DICHIARO

di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali in ambito Fascicolo Sanitario Elettronico e di volere esprimere la mia volontà in merito all'attivazione del fascicolo, in relazione alle tre voci di seguito elencate:

- a) Consenso all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico
- b) Consenso alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico
- c) Consenso all'inserimento di pregressa documentazione sanitaria nel fascicolo sanitario elettronico

Recapito telefonico _____

Carta di Identità /Patente N _____

_____ lì _____

Firma.....

Informativa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali forniti nel presente modulo è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività amministrative per l'acquisizione dei consensi all'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico ed avverrà a cura di persone preposte al procedimento, nei modi e nei limiti necessari Per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati personali non è obbligatorio ma consente di facilitare l'accesso ai sistemi innovativi informatici proposti e di delegare il procedimento di attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, in particolare per le persone maggiormente a rischio fragilità per età, patologie o condizione sociale. I dati personali comunicati potranno essere utilizzati per finalità di studio, in forma anonima, nel pieno rispetto dei diritti e delle libertà degli interessati.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui agli art. 15 e ss. del citato Regolamento 2016/679. In particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, nonché di opporsi al loro trattamento. rivolgendo le richieste all'ASL di Foggia in Via Michele Protano 13 - 71121 Foggia (FG). Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Gerente, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art.79 del Regolamento). Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile ai seguenti indirizzi email rpd@aslfg.it Pec: rpd@mailcert.aslfg.it