

Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr)
Modulo per l'integrazione/revoca del consenso al FSEr precedentemente prestato

Nome _____
Cognome _____
C.F. _____
Data e luogo di nascita _____
Residenza _____
Telefono ed e-mail _____

Avendo preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali nel Fascicolo Sanitario Elettronico regionale,

- ☐ per mio conto,
☐ per conto dell'assistito di seguito indicato:

Nome _____
Cognome _____
C.F. _____
Data e luogo di nascita _____
Residenza _____

- ☐ esercitandone la potestà genitoriale *oppure*
☐ esercitandone la tutela, in qualità di _____, in forza del provvedimento del
Giudice Tutelare del Tribunale di _____ R.G. numero ____ del ____/____/____.

ESPRIMO	RICHIEDO
☐ Il CONSENSO all'alimentazione del FSEr con dati e documenti relativi a eventi clinici pregressi rispetto al consenso all'alimentazione precedentemente prestato: a seguito di ciò, tutti i dati e documenti pregressi saranno resi recuperabili tramite FSEr, unitamente a quanto già disponibile a seguito del consenso all'alimentazione precedentemente espresso. ☐ Il CONSENSO alla consultazione, da parte delle categorie di soggetti indicati dal DPCM 178/2015 e descritti nell'informativa citata in premessa, dei dati e documenti che sono stati e/o che saranno alimentati tramite FSEr: a seguito di ciò, tutti i dati e documenti saranno consultabili attraverso il FSEr dalle categorie di soggetti autorizzati, che prenderanno in cura me o la persona da me rappresentata.	☐ La REVOCA del consenso all'alimentazione del FSEr con dati e documenti relativi a eventi sanitari e socio-sanitari: a seguito di ciò, tutti i dati e documenti prodotti da oggi in avanti non saranno alimentati tramite FSEr, senza conseguenze nell'erogazione delle prestazioni sanitarie del SSN e dei Servizi socio-sanitari regionali. ☐ La REVOCA del consenso alla consultazione, da parte delle categorie di soggetti indicati dal DPCM 178/2015 e descritti nell'informativa citata in premessa, dei dati e documenti resi recuperabili tramite FSEr: a seguito di ciò, tutti i dati e documenti che sono stati e/o che saranno alimentati non saranno consultabili dai soggetti precedentemente autorizzati, che prenderanno in cura me o la persona da me rappresentata, senza conseguenze nell'erogazione delle prestazioni sanitarie del SSN e dei Servizi socio-sanitari regionali.

Luogo e data _____

Firma

TIMBRO PER RICEVUTA

Modalità di invio del presente modulo:

L'invio del presente modulo è riservato esclusivamente all'Ufficio del Distretto che dovrà trasmetterlo alla Regione del Veneto al seguente indirizzo e-mail: consensofascicolo@regione.veneto.it.
Eventuali invii da parte dei cittadini non potranno essere elaborati dal sistema e non produrranno effetti.