Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr)
Modulo per delega al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

GESTIONE DELLA DELEGA PER OPERARE SUL PROPRIO FSE[1]

DATI DEL DELEGANTE (colui che concede l'accesso al proprio FSE)[2]
Il/La sottoscritto/a: nome _____ , cognome _____ ,
luogo _____ e data di nascita _____ ,
C.F. _____
tipo documento di riconoscimento _____ n. _____ ,
data di scadenza _____ , rilasciato da _____ ,
mail: _____ , tel/cell. _____

chiede la:
(selezionare una sola opzione tra quelle riportate di seguito)

☐ **REGISTRAZIONE** ☐ **MODIFICA o RINNOVO**

della relazione di delega con:

DATI DEL DELEGATO (colui che ha accesso al FSE del delegante)
Il/La sig./ sig.ra nome: _____ , cognome _____ ,
luogo _____ e data di nascita _____ ,
C.F. _____ ,
tipo documento di riconoscimento _____ n. _____ ,
data di scadenza _____ , rilasciato da _____
mail: _____ , tel/cell. _____

AMBITI DI OPERATIVITA' DELLA DELEGA:
Per gli ambiti di operatività indicati in comma 12 art. 11 lettera a) del DM Salute (FSE 2.0) del 07.09.2023 ovvero:

☐ accesso completo al FSE dell'assistito delegante con i medesimi privilegi:
- consultazione dei dati e dei documenti relativi all'assistito;
- accesso completo ai servizi, incluse le prestazioni dei consensi e le relative revoche, oscuramenti e relative revoche;
- inserimento di dati e documentazione nel taccuino personale dell'assistito;

oppure singolarmente

☐ consultazione dei dati e dei documenti relativi all'assistito;
☐ accesso ai servizi, incluse le prestazioni dei consensi e le relative revoche;
☐ popolamento del taccuino personale dell'assistito;

(Segue a pagina 2)

[1] *Per accedere ai servizi Fascicolo il delegato deve essere in possesso di identità digitale SPID o CIE ai sensi dell'articolo* ***64, D. Lgs. n. 82 del 07 marzo 2005 (CAD)****;*

[2] *Consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art.* ***76 del DPR 445/2000****;*

oppure in combinazione

- ☐ consultazione dei dati e dei documenti relativi all'assistito e accesso completo ai servizi, incluse le prestazioni dei consensi e le relative revoche, oscuramenti e relative revoche;
- ☐ accesso ai servizi, incluse le prestazioni dei consensi e le relative revoche, inserimento di dati e documenti nel taccuino personale dell'assistito;
- ☐ consultazione dei dati e documenti del FSE, inserimento di dati e documenti nel taccuino personale dell'assistito;

VALIDITA' DELEGA:

(da compilare obbligatoriamente)

La delega ha validità a partire dalla data di registrazione della richiesta a cura dell'operatore fino al _____ (indicare gg/mm/aaaa per un periodo massimo di 24 mesi).

Alla presente dichiarazione si allegano i seguenti documenti:

- copia documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto, patente) del delegante;
- copia documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto, patente) del delegato;

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa[3] al trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale.

Luogo e data _____

Firma del delegante

_____

Firma del delegato

_____

Puoi trovare l'elenco completo e aggiornato dei servizi e funzionalità abilitate per ciascun tipo di delega al FSE regionale anche all'indirizzo www.sanitakmzero.it/deleghe; la pagina è raggiungibile anche leggendo con uno smartphone il codice QR riportato di seguito.

[3] *I dati inseriti saranno trattati unicamente per le finalità previste dall'art. 11 del DM Salute (FSE 2.0) del 07.09.2023 . L'informativa può essere consultata all'indirizzo: https://sanitakmzero.azero.veneto.it/servizi/a/informative/privacy.*