



Delega alla richiesta per l'abilitazione dell'account

ATTENZIONE

La presente delega è ritenuta valida esclusivamente laddove corredata da:

- 1) Fotocopia del documento di riconoscimento del delegante
- 2) Documento di riconoscimento del delegato

Il/La sottoscritto/a _____
(indicare Nome e Cognome del delegante)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

Identificativo della registrazione

(ricevuto via email all'atto della registrazione)

DELEGA

a richiedere l'abilitazione del proprio account per l'accesso ai Servizi Sanitari Online della Regione Emilia-Romagna

il/la signor/a _____
(indicare Nome e Cognome del delegato)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

Il delegante

Data

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003)

Questa Azienda Sanitaria in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati conferiti verranno utilizzati esclusivamente allo scopo di abilitare l'account per l'accesso ai Servizi Sanitari Online della regione Emilia-Romagna.

Il trattamento avverrà sia su supporto cartaceo che avvalendosi di strumenti elettronici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati ad alcuni terzi. I diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi alla presente Azienda Sanitaria.

Per informazioni chiama il Numero Verde 800 448822 oppure visita il sito support.fascicolo-sanitario.it

Modulo per accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino minorenne

ATTENZIONE

Si ricorda che per l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico del figlio minorenne è necessario che il genitore abbia attivato il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico.

In luogo di autentica di sottoscrizione, si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Esente da autentica di firma e da bollo ai sensi dell'Art. 37, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a _____
(indicare Nome e Cognome del genitore)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA¹

che i membri minorenni della propria famiglia per i quali richiede la possibilità di accedere alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, sono:

1) _____
(Cognome Nome)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

2) _____
(Cognome Nome)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

3) _____
(Cognome Nome)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

che il coniuge per il quale richiede la possibilità di accedere alla consultazione del Fascicolo Sanitario dei membri minorenni della propria famiglia, è:

_____ (Cognome Nome)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

Firma del genitore _____

Data

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003)

Questa Azienda Sanitaria in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati conferiti verranno utilizzati esclusivamente allo scopo di fornire al genitore l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico del figlio minorenne.

Il trattamento avverrà sia su supporto cartaceo che avvalendosi di strumenti elettronici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati ad alcuni terzi. I diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi alla presente Azienda Sanitaria.

Per informazioni chiama il Numero Verde 800 448822 oppure visita il sito support.fascicolo-sanitario.it

¹ Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. N. 445/2000