

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

GESTIONE DELLA DELEGA PER OPERARE SUL PROPRIO FSE¹

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'informativa³ 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>.