



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Corso Gelone, 17 – 96100 Siracusa (SR)
Cod. Fisc./P.IVA: 01661590891

**Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali
con Dossier Sanitario Elettronico DSE
(Genitore/Tutore/Amministratore di sostegno)
(ai sensi dell'art. 8 del Regolamento Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati)**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____, avvalendomi della facoltà concessa dall'art.46
del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere
richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

CERTIFICO DI ESSERE

(barrare solo le voci di interesse)

Genitore del minore e di esercitare la **potestà genitoriale**:

congiuntamente all'altro genitore _____ nato a _____
il _____ residente in _____ in via _____

presente assente, ma è **INFORMATO** e **AUTORIZZA** a procedere per il minore

disgiuntamente all'altro genitore in forza del seguente Provvedimento _____

Genitore unico in quanto _____

Terzo avente diritto in forza di:

delega dei/del genitori/e, come da atto di delega che si esibisce

provvedimento _____

DI

_____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ in via _____

Codice Fiscale _____,

Luogo e Data _____

Firma _____

E DICHIARO

di aver acquisito e compreso l'Informativa dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 (pubblicata anche sul sito www.asp.sr.it, sezione "Amministrazione trasparente") e di essere consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e i dati particolari ritenuti indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni richieste.

**Consenso al trattamento dei dati personali e particolari con
Dossier Sanitario Elettronico (DSE)**

["contenitori" informatici di dati sanitari prodotti dall'ASP di Siracusa, consultabili esclusivamente da professionisti della stessa, con l'obiettivo di migliorare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione]

Consenso per costituzione e inserimento nel DSE

[resta ferma la possibilità per l'interessato di manifestare di volta in volta, in occasione di ogni singolo evento clinico, il proprio diniego all'inserimento dello stesso nel DSE (oscuramento)] SI NO

Consenso per inserimento nel DSE anche di tutti i dati pregressi SI NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questa ASP di Siracusa salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età dell'Interessato.

Luogo e Data _____

Firma _____

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio _____ del PO _____

Ambulatorio di _____ del Distretto _____

Data _____

Operatore _____ (firma) _____

Note _____
