

Io sottoscritto/a

Nome Cognome

Residenza

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



allego copia del documento di identità in corso di validità (barrare con una crocetta la tipologia di documento):

Passaporto Carta di identità Patente N.

Rilasciata da Data di scadenza (GG/MM/AA)/...../.....

Avendo preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali tramite Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e avendone compreso i contenuti,

DELEGO

Nome Cognome

Residenza

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Che dichiara di aver preso visione e compreso l'informativa sul trattamento dei dati, apposta in calce al presente modulo.

Allego copia del documento di identità in corso di validità del delegato (barrare con una crocetta la tipologia di documento):

Passaporto Carta di identità Patente N.

Rilasciata da Data di scadenza (GG/MM/AA)/...../.....

alla consegna del presente modulo, in cui esprimo i seguenti consensi FSEr (è possibile spuntare tutte le caselle)

- consenso all'alimentazione del FSEr, a decorrere dalla data odierna;
- consenso all'alimentazione del FSEr anche con dati e documenti sanitari pregressi;
- consenso alla consultazione del FSEr.

Dichiaro di aver rilasciato n. consensi. (indicare il numero di consensi rilasciati es. 1 o 2 o 3)

Se desidera ottenere le credenziali "Sanità km zero" per l'accesso telematico al FSEr, compili anche la parte sottostante.Con il presente modulo, inoltre, **dichiaro di voler ottenere le credenziali "Sanità km zero" per l'accesso telematico al FSEr** e, all'uopo, fornisco i seguenti recapiti di cui ho l'effettiva ed esclusiva disponibilità:

numero di cellulare indirizzo di posta elettronica

N.B. Per la creazione delle credenziali "Sanità km zero" di accesso telematico al FSEr, è necessario fornire sia il numero di cellulare, sia l'indirizzo di posta elettronica.

Luogo e data

Firma

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (EU) 2016/679

I dati personali inseriti nel presente documento sono trattati da Regione del Veneto, nelle sue diverse articolazioni competenti in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico regionale. Il consenso da Lei prestato è finalizzato al completamento della procedura di rilascio dei consensi FSEr mediante delega. I dati sono trattati e conservati dal titolare del trattamento in ossequio ai principi di indispensabilità, necessità, pertinenza e non eccedenza. In qualunque momento potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 7 par. 3, 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento (EU) 2016/679, in quanto compatibili, attraverso una istanza rivolta all'Azienda Sanitaria competente, titolare del trattamento – i cui dati di contatto sono disponibili al seguente indirizzo web <https://salute.regione.veneto.it/web/fser/informativa-privacy> – o al Responsabile della protezione dei dati unico per tutte le Aziende Sanitarie del Veneto al seguente indirizzo e-mail: rpdsrveneto@cervato.it. Può altresì esercitare i diritti di cui sopra contattando il Responsabile della protezione dei dati della Regione del Veneto disponibili al seguente link: <http://www.regione.veneto.it/web/guest/privacy>. È Suo diritto, altresì, proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Se desidera informazioni in merito al trattamento dei dati personali attraverso il sistema Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, può consultare il relativo documento informativo pubblicato nel "Portale Sanità Regione del Veneto" all'indirizzo: <https://salute.regione.veneto.it/web/fser/informativa-privacy>.

Firma del delegato