

ISTITUZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

(compilare solo in caso di istituzione di Fascicolo Sanitario Elettronico
per **minorenni o persona sotto tutela**)

In qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore o di
rappresentante legale:

cognome _____

nome _____

nato a _____ il _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

cognome _____

nome _____

nato a _____ il _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mediante la compilazione e la firma di questo modulo acconsente all'**ISTITUZIONE DEL SUO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO**.

Dal momento in cui l'operatore registrerà elettronicamente la Sua scelta, i documenti sanitari (ad es. referti, prescrizioni, certificati, schede sanitarie) saranno registrati elettronicamente sul Suo Fascicolo. Potrà così avere sempre e ovunque disponibili tutti i dati relativi alla Sua storia clinica, ricevendo i documenti prodotti anche al di fuori della Sardegna, senza dover più portare con sé tutta la documentazione in formato cartaceo e senza doversi spostare per ritirare i referti.

I dati presenti sul Suo Fascicolo possono anche essere utilizzati, in forma anonima, per fini di ricerca scientifica e di governo.

Per l'istituzione del Suo Fascicolo Sanitario Elettronico è necessario che Lei esprima il suo consenso alla **consultazione**.

Se acconsente, decide di rendere il Suo Fascicolo consultabile dagli operatori medici per fini di cura, secondo quanto stabilito dalle politiche associate al ruolo dell'operatore e al livello di riservatezza stabilito per ciascun documento. Potendo disporre in modo immediato di informazioni cliniche sul Suo stato di salute, il percorso di assistenza da parte dei medici che La prendono in cura è più agevole e veloce.

Se invece rifiuta, il suo Fascicolo sarà attivo solo per permettere l'inserimento dei documenti sanitari elettronici e per fini di ricerca scientifica e di governo.

In caso di emergenza, il Suo Fascicolo è consultabile da tutti gli operatori in Sua presenza o con assunzione di responsabilità dell'operatore.

La mancata istituzione del Suo Fascicolo Sanitario Elettronico non Le preclude in alcun modo l'accesso alle cure o alle strutture del Servizio Sanitario regionale e nazionale.

ACCONSENTE ALLA CONSULTAZIONE DEL SUO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (indicazione obbligatoria)? SI NO

La invitiamo ad esprimere su questo modulo anche il Suo consenso al **pregresso** relativo ai documenti sanitari elettronici eventualmente indicizzati prima dell'istituzione del Suo Fascicolo. Se il sistema ha indicizzato dei documenti, può decidere se renderli consultabili o oscurarli. Esprimendo il diniego al pregresso, i documenti sanitari elettronici eventualmente indicizzati prima dell'istituzione del Suo Fascicolo non potranno mai più essere resi disponibili sul Suo Fascicolo Sanitario Elettronico. Può esprimere il consenso al pregresso UNA TANTUM, anche in un momento successivo all'istituzione del Suo Fascicolo Sanitario Elettronico. Fino al momento in cui non viene registrato il consenso al pregresso, sul Suo Fascicolo saranno disponibili solo i documenti registrati a partire dalla data del rilascio del consenso all'alimentazione.

ACCONSENTE ALL'INSERIMENTO DEL PREGRESSO NEL SUO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO? SI NO DECIDE POI

Conferma di aver preso visione dell'**INFORMATIVA** relativa al trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Sardegna ai sensi dell'art 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (GDPR) e del relativo **DOCUMENTO INTEGRATIVO**, di cui una breve sintesi è riportata nel retro.

Data _____

Firma (per l'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico)

(firmare qui in caso di istituzione di Fascicolo Sanitario Elettronico
di **minorenni o persona sotto tutela**)

Firma (per l'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico)

in nome e per conto del minore sul quale esercita la responsabilità
genitoriale o la tutela legale (nome e cognome minore/tutelato)

Al primo accesso al Suo Fascicolo Sanitario Elettronico Le suggeriamo di fornire anche i Suoi dati di contatto (cellulare e email) che saranno utilizzati dalla Regione Sardegna e dai suoi autorizzati esclusivamente per inviarLe comunicazioni inerenti il funzionamento del Fascicolo Sanitario Elettronico. Il conferimento di questi dati è facoltativo.

La invitiamo inoltre a inserire sul modulo anche un suo recapito per poterLa contattare in caso di dati poco leggibili: _____

Clicca su Fascicolo Sanitario sul portale www.tesseracteservizisardegna.it

NOTA: In caso di **minorenni**, si precisa che il suddetto consenso è valido fino al raggiungimento della maggiore età del soggetto interessato. Il consenso dell'interessato divenuto maggiorenne, in conformità agli artt. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e 7, comma 4, del D.P.C.M. 29 settembre 2015, n. 178, deve essere acquisito nuovamente in sostituzione del consenso qui manifestato da colui che esercita la responsabilità sul minore.

- Le finalità del trattamento dei dati contenuti nel Fascicolo Sanitario Elettronico sono:
 - finalità di **cura**: il Fascicolo Sanitario Elettronico ha la finalità di migliorare la continuità, la qualità del percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione semplificando l'esercizio del diritto alla salute del cittadino e consentendo al tempo stesso ai professionisti sanitari, previa autorizzazione del cittadino, di avere accesso alle sue informazioni cliniche.
 - finalità di **studio e ricerca**: i dati presenti nel Fascicolo Sanitario Elettronico potranno essere trattati in forma anonima per finalità di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico.
 - finalità di **governo**: i dati presenti nel Fascicolo Sanitario Elettronico potranno essere trattati in forma anonima per finalità di programmazione sanitaria, di verifica delle qualità delle cure e di valutazione dell'assistenza sanitaria
- il trattamento dei dati nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla protezione dei dati personali (art. 1, comma 2 del Regolamento (UE) 2016/679);
- in ogni momento il cittadino può esercitare il suo diritto alla revoca del consenso fornito senza perdere il diritto all'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie o socio sanitarie su tutto il territorio nazionale;
- ogni documento clinico elettronico presente nel Fascicolo Sanitario Elettronico è contrassegnato da uno specifico "**livello di riservatezza**":
 - RISERVATO** (Estremamente limitato): l'accesso è consentito solo al titolare del Fascicolo Sanitario Elettronico e all'autore del documento;
 - LIMITATO**: l'accesso è consentito al titolare del Fascicolo Sanitario Elettronico, al suo medico di famiglia e all'autore del documento;
 - NORMALE**: possono accedere al documento tutti coloro che sono autorizzati in funzione del loro ruolo di operatore e secondo le regole definite per la specifica tipologia di documento (visualizzabili nel documento integrativo all'informativa sul trattamento dati)
- il livello di riservatezza di ogni singolo documento può essere modificato dal cittadino accedendo al suo Fascicolo Sanitario Elettronico oppure rivolgendosi agli operatori abilitati presso le Aziende Sanitarie al momento dell'accesso alla prestazione;
- in conformità a quanto stabilito nel D.P.C.M. 29 settembre 2015, n. 178, in caso di minore o di persona sottoposta a tutela, deve essere acquisito il consenso di chi esercita la rappresentanza legale. Raggiunta la maggiore età, deve essere acquisito nuovamente il consenso dell'interessato divenuto maggiorenne, dopo aver preso visione dell'informativa.