REGIONE LAZIO

Allegato 1

Modulo per l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino minorenne

ATTENZIONE

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

*L'istanza di accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico dei cittadini minori deve essere predisposta da parte degli esercenti la responsabilità genitoriale in via congiunta.

Il/La sottoscritto/a_____
(indicare Nome e Cognome del genitore 1)

nato/a il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ a _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

e

Il/La sottoscritto/a_____
(indicare Nome e Cognome del genitore 2)

nato/a il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ a _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Oppure (compilare SOLO in caso di delega alla predisposizione dell'istanza da parte di uno dei due genitori)

Il/La sottoscritto/a_____,
(indicare Nome e Cognome del genitore 1)

nato/a il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ a _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ munito di delega dell'altro genitore (allegata alla presente istanza), _____
(indicare Nome e Cognome del genitore 2)

nato/a il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ a _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nelle seguenti ipotesi, l'accesso sarà riconosciuto in via esclusiva a un solo genitore; pertanto, si chiede di selezionare una delle opzioni sotto riportate:

□ affidamento esclusivo, anche straordinario (con Provvedimento del Tribunale n. _____ emesso in data _____);

□ decesso di uno dei due genitori (estremi del certificato di morte _____);

□ figlio monogenitoriale (estremi del documento comprovante la monogenitorialità _____).

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) e in qualità di genitore non soggetto a limitazioni della propria responsabilità genitoriale

DICHIARA

che il/i figlio/i per il/i quale/i si richiede la possibilità di accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico è/sono il/i seguente/i:

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Firma del genitore 1

3

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

_____
Firma del genitore 2

Informazioni privacy sul trattamento dei dati personali (artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679 - GDPR)

La Regione Lazio quale Titolare del trattamento dei dati personali per l'identificazione dei soggetti esercenti la responsabilità genitoriale che hanno presentato la richiesta di accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico per i propri figli minori, informa che i dati personali resi con il presente modulo saranno trattati esclusivamente allo scopo di fornire l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico dei figli minorenni. La base giuridica del trattamento dei dati personali deve rinvenirsi nell'art. 6, lett. e) GDPR, in quanto il trattamento dei dati personali è necessario per "l'*esecuzione di un compito di interesse pubblico*". La verifica della responsabilità genitoriale è effettuata da parte della Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, nei confronti della quale viene consegnata tale istanza, debitamente nominata quale Responsabile del trattamento ex art. 28 GDPR.
Il trattamento avverrà sia su supporto cartaceo che avvalendosi di strumenti elettronici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati a terzi non specificatamente autorizzati. I diritti di cui agli artt. 15 ss GDPR potranno essere esercitati rivolgendosi alla Regione Lazio, quale Titolare del trattamento, ai seguenti indirizzi del RPD regionale: dpo@regione.lazio.legalmail.it (pec); dpo@regione.lazio.it (mail).

Per visionare le informazioni privacy complete visita il sito web istituzionale https://www.salutelazio.it/fascicolo-sanitario-elettronico1