

DELEGA

(modello delega per operare su FSE o servizi sanità digitale)

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____
documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____
documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

A OPERARE PER PROPRIO CONTO:

- sul proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
 sui servizi online sanitari regionali _____

Portare con sé presso il Punto Assistito:

- tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegante;
- tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegato

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it
Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

data _____ firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve per consentire di operare sul fascicolo sanitario di un minore e deve essere presentato al momento dell'accesso presso il punto assistito per richiedere il servizio.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

L'utente che vuole delegare una persona maggiorenne ad operare sul proprio Fascicolo Sanitario Elettronico o sui servizi digitali offerti dalla Regione Piemonte

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

Il modulo può essere:

- a) ritirato presso il Punto Assistito e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto *, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) scaricato dal sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Ufficio: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Tel.: 0171/450221

E-mail: urp@aslcn1.it