

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)
a cura del genitore che accede al "Punto Assistito"

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 _____

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,

DICHIARA

di essere genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore _____
nata/o il _____ a _____ residente in _____
via _____ n° _____
Luogo e data _____ Firma _____

DELEGA

(dell'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale)

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

il genitore che accede al "Punto Assistito" risultante dall'autocertificazione sopra riportata a operare sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e su tutti i servizi online sanitari relativi al minore _____ nata/o il _____ a _____

Luogo e data _____ Firma _____

Portare con sé presso il Punto Assistito:

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

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

I genitori del minore o chi ne fa le veci per accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico o ai servizi di sanità digitale

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

Il modulo può essere:

- a) consegnato presso il Punto Assistito e sottoscritto dall'interessato in presenza e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)

RIFERIMENTI

Ufficio: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Tel.: 0171/450221

E-mail: urp@aslcn1.it