Spett. Azienda Sanitaria Locale di BIELLA

Accesso ai Servizi Online Sanitari Regionali - Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Modulo delega fra adulti

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ città ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo email

# DELEGA

Il sig./La sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ città ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

ad operare sui seguenti Servizi Online Sanitari Regionali per proprio conto *(crociare l’opzione desiderata - in assenza di scelta dell’opzione, la delega si intenderà concessa per TUTTI i servizi, senza alcuna eccezione)*:

□ tutti, senza alcuna eccezione;

□ tutti, ad eccezione dei seguenti *(specificare i soli servizi che si intendono* ***escludere*** *dalla delega):*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

□ esclusivamente sui seguenti servizi *(specificare i soli servizi si intendono* ***includere*** *nella delega)*:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Luogo e data |  | Firma del delegante |

|  |
| --- |
| **SI ALLEGANO:**   1. **COPIA DI DOCUMENTO D’IDENTIFICAZIONE IN CORSO DI VALIDITÀ E DI TESSERA SANITARIA DEL DELEGANTE** 2. **COPIA DI DOCUMENTO D’IDENTIFICAZIONE IN CORSO DI VALIDITÀ E DI TESSERA SANITARIA DEL DELEGATO** |

**ATTENZIONE:**

**E’ necessario visionare e firmare l’autorizzazione al trattamento dei dati personali (di cui alla pagina successiva)**

|  |
| --- |
| **ESTRATTO INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  **ai sensi del Regolamento UE n° 679/2016**  L’Azienda sanitaria ricevente la richiesta, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati conferiti verranno utilizzati esclusivamente allo scopo di fornire al soggetto delegato l’accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ai servizi online e ad altre applicazioni su dispositivi mobili (APP) implementati e resi disponibili dalla Regione Piemonte e dalle Aziende sanitarie della Regione del soggetto delegante.  Il trattamento potrà essere eseguito usando supporti cartacei, nonché strumenti informatici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati a terzi. I diritti di cui all’art. 15 del GDPR 2016/679 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi all’Azienda Sanitaria ricevente la richiesta.  Per la visione del testo integrale delle informative: <https://aslbi.piemonte.it> / Privacy policy  **COMPRENSIONE DELLE INFORMAZIONI E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  Il sottoscritto, in qualità di interessato, dichiara di avere ben compreso le informazioni sul trattamento dei propri dati personali, e di aver compreso che nel sito <https://aslbi.piemonte.it> / Privacy policy possono essere consultate **ulteriori informazioni** relative ai diritti esercitabili e agli aspetti in precedenza descritti.  Sulla base delle informazioni ricevute, il sottoscritto interessato acconsente a che l’Azienda Sanitaria ricevente tratti i dati personali forniti per le finalità istituzionali del servizio di cui trattasi.  Letta la suddetta informativa resa ai sensi dell’art. 13 GDPR, autorizza/dà il consenso al trattamento dei propri dati personali, comuni e “particolari”, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa.  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile del delegante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma leggibile del delegato  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |