

# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

(L.R.T. 24 febbraio 2005, n. 40)

Sede legale: Via Roma, 67 – 56126 PISA – Tel. 050996111

Regione 090 - Azienda 901

## DELEGA PER L'ATTIVAZIONE DELLA CARTA SANITARIA ELETTRONICA E DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Codice privacy) ai fini dell'attivazione della Carta Sanitaria Elettronica e dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Acconsento al Trattamento dei Dati e a tal fine, essendo impossibilitato/a ad attendere personalmente l'attività per la quale si conferisce la presente autorizzazione,

### DELEGO

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**A:**

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità connesse al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (Codice in materia di protezione dei dati personali – D. Lg. 30/06/2003, N. 196)



### Attivazione della Carta Sanitaria Elettronica (CSE)

sì      no  
   

### Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

sì      no  
          Rilascio consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

sì      no  
          Revoca consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

### Recupero dei dati pregressi

sì      no  
          Rilascio consenso al recupero dei dati pregressi in modalità oscurata

sì      no  
          Rilascio consenso al recupero dei dati pregressi in modalità visibile

sì      no  
          Revoca consenso al recupero dei dati pregressi

### Consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

sì      no  
          Rilascio consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

sì      no  
          Revoca consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del Delegante

Firma del Delegato

**N.B.: presentare la tessera sanitaria e la fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante**

Effettuato riconoscimento

Firma operatore

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità connesse al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (Codice in materia di protezione dei dati personali – D. Lg. 30/06/2003, N. 196)

