Modulo di registrazione Delega per l'accesso al Fascicolo Sanitario con delega al deposito della richiesta

(Delega responsabilità genitoriale)

Io sottoscritto

GENITORE 2: Nome _____ **Cognome** _____

Codice Fiscale_____ ___

identificato mediante Documento di riconoscimento:

Tipo di documento _____ **Numero di documento** _____ rilasciato da **ente di rilascio**_____, in data __/__/____ con scadenza in data __/__/____

Consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui si può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più corrispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul/i minorenne/i:

Minorenne 1

Nome _____ **Cognome** _____

Codice Fiscale_____ ___

identificato mediante Documento di riconoscimento:

Tipo di documento _____ **Numero di documento** _____ rilasciato da **ente di rilascio**_____, in data __/__/____ con scadenza in data __/__/____

Minorenne 2

Nome _____ **Cognome** _____

Codice Fiscale_____ ___

identificato mediante Documento di riconoscimento:

Tipo di documento _____ **Numero di documento** _____ rilasciato da **ente di rilascio**_____, in data __/__/____ con scadenza in data __/__/____

Minorenne 3

Nome _____ **Cognome** _____

Codice Fiscale_____ ___

identificato mediante Documento di riconoscimento:

Tipo di documento _____ Numero di documento _____ rilasciato da **ente di rilascio_____**, in data **__/__/____** con scadenza in data **__/__/____**

AUTOCERTIFICO

ai sensi del D.P.R. 445/2000 di esercitare la responsabilità genitoriale sul/i minorenne/i sopra identificati.

DICHIARO

A. di richiedere la registrazione della delega per l'accesso al Fascicolo Sanitario del/degli interessato/i sopra indicato/i.

B. di aver letto e compreso quanto previsto all'interno della **privacy policy - Deleghe per l'accesso al Fascicolo Sanitario***

Copia cartacea della presente richiesta e il relativo consenso al trattamento dei dati, sottoscritti, saranno conservati a cura dell'operatore presso la struttura in cui opera, secondo le procedure previste dalla struttura medesima.

[ ] ALLEGO fotocopia del documento di identità in corso di validità o documento equipollente.

Firma Genitore 2

_____

DELEGA AL DEPOSITO DELLA RICHIESTA

Delego a presentare per mio nome e mio conto la richiesta di delega per l'accesso al Fascicolo Sanitario il

GENITORE 1: Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale_____ ___

identificato mediante Documento di riconoscimento:

Tipo di documento _____ Numero di documento _____ rilasciato da **ente di rilascio_____**, in data **__/__/____** con scadenza in data **__/__/____**

Firma Genitore 2

_____

***È possibile consultare la privacy policy – Deleghe nell'allegato Informativa sul trattamento dei dati personali per il Fascicolo Sanitario Elettronico sul sito del Fascicolo Sanitario: https://www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it/**