

## 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 minore/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 \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICICO

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\*

### NOTIFICHE

*(barrare la casella relativa alle notifiche di interesse)*

**Genitore 2 richiedo** di attivare:

- le notifiche relative alle deleghe per l'accesso al Fascicolo Sanitario
- le notifiche relative alla assistenza sanitaria;

ai seguenti contatti **cellulare** \_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto e compreso la **privacy policy - notifiche in ambito sanitario\*** ed esprimo il relativo consenso al trattamento dei dati.

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 le seguenti privacy policy sul sito del Fascicolo Sanitario:**

<https://www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it/>

- **privacy policy - Deleghe per l'accesso al Fascicolo Sanitario**
- **privacy policy - notifiche in ambito sanitario**