



Форма на предоставление несовершеннолетнему доступа к услугам электронного медицинского досье

ВНИМАНИЕ

Напоминаем, что для получения услуг FSE (электронного медицинского досье) несовершеннолетним необходимо, чтобы родитель предоставил все необходимые согласия на использование ЭМК.

Я, нижеподписавшийся(-ая) / *Il/La sottoscritto/a* _____
(указать имя и фамилию родителя)

дата рождения место рождения _____

Осознавая, что любое лицо, предоставляющее ложные сведения, несёт ответственность в соответствии с Уголовным кодексом и специальным законодательством в данной области (ст. 76 Указа Президента Итальянской Республики № 445/2000), и являясь родителем, не ограниченным в осуществлении своих родительских прав,

ЗАЯВЛЯЮ / DICHIARA

что несовершеннолетние дети, для которых я прошу предоставить возможность доступа к услугам FSE (электронного медицинского досье) являются:

1) _____
(фамилия и имя)

дата рождения место рождения _____

Налоговый код (Codice Fiscale)

2) _____
(фамилия и имя)

дата рождения место рождения _____

Налоговый код (Codice Fiscale)

3) _____
(фамилия и имя)

дата рождения место рождения _____

Налоговый код (Codice Fiscale)

Даю согласие на ознакомление с Электронным медицинским досье (FSE) всеми специалистами здравоохранения, которые будут оказывать медицинскую помощь вышеуказанным несовершеннолетним детям.

Accenso alla consultazione del FSE a tutti i professionisti che prenderanno in cura i figli minorenni sopra indicati

СОГЛАСЕН(НА)
ACCONSENTO **НЕ СОГЛАСЕН(НА)**
NON ACCONSENTO

Даю согласие на передачу медицинских заключений через Электронную медицинскую карту (FSE) в отношении вышеуказанных несовершеннолетних детей.

Accenso alla consegna dei referti tramite FSE per i figli minorenni sopra indicati

СОГЛАСЕН(НА)
ACCONSENTO **НЕ СОГЛАСЕН(НА)**
NON ACCONSENTO

Дата / Data

Подпись родителя / Firma del genitore

Уведомление об обработке персональных данных (статья 12 Регламента (ЕС) 2016/679 – GDPR)

Медицинское учреждение, получающее запрос, в качестве оператора (контролёра) обработки персональных данных информирует, что предоставленные данные будут использоваться исключительно с целью предоставления родителю доступа к Электронному медицинскому досье, онлайн-сервисам и другим мобильным приложениям (APP), внедрённым и предоставляемым Регионом Эмилия-Романья и медицинскими учреждениями региона, в отношении несовершеннолетних детей. Обработка данных может осуществляться как на бумажных носителях, так и с использованием информационных технологий. Данные ни в коем случае не будут распространяться или передаваться третьим лицам. Права, предусмотренные ст. 15 Регламента (ЕС) 2016/679 (GDPR) (доступ, обновление, удаление, преобразование и т.д.), могут быть реализованы путем обращения в медицинское учреждение, получившее запрос.

Для ознакомления с полным текстом информационных уведомлений:

<https://support.fascicolo-sanitario.it/guida/informazioni-utili/la-tua-privacy-e-i-consensi>

Для получения информации звоните по бесплатному номеру 800 033 033 или посетите сайт <https://support.fascicolo-sanitario.it>