SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Регіональна служба охорони здоров'я Емілії-Романьї

Fascicolo Sanitario elettronico

Електронна медична картка (ЕМК)

Заява на доступ до електронних медичних послуг для неповноліньої особи

УВАГА

Нагадуємо, що для отримання послуг ЕМК для неповнолітніх дітей, **необхідне надання відповідної згоди на доступ до ЕМК батьком/матір'ю.**

Замість засвідчення справжності підпису **додається копія дійсного документа, що посвідчує особу.**

Il/La sottoscritto/a Нижчепідписаний /Нижчепідписана _____
(Ім'я та прізвище батька/матері)

дата народження ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐, місце народження_____

_____Податковий код ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Усвідомлюючи, що будь-хто, хто надає неправдиві відомості, карається відповідно до Кримінального кодексу та спеціальних законів у цій сфері (ст. 76 Указу Президента Республіки № 445/2000), та у статусі батька/матері (законного представника), який/яка не має обмежень у своїх батьківських правах

DICHIARA ЗАЯВЛЯЄ

що неповнолітні діти, щодо яких подається запит на доступ до електронних медичних послуг є такими:

1) _____
(Прізвище та ім'я)

дата народження ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐, місце народження_____

_____ Податковий код ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2) _____
(Прізвище та ім'я)

дата народження ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐, місце народження _____

_____Податковий код ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3) _____
(Прізвище та ім'я)

дата народження ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐, місце народження _____

_____Податковий код ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Я даю згоду на перегляд ЕМК всіма медичними працівниками, які здійснюватимуть лікування зазначених вище неповнолітніх дітей.

☐ **ACCONSENTO ДАЮ ЗГОДУ** ☐ **NON ACCONSENTO НЕ ДАЮ ЗГОДУ**

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

Я даю згоду на надання результатів аналізів та медичних висновків через систему ЕМК для зазначених вище неповнолітніх дітей.

☐ **ACCONSENTO ДАЮ ЗГОДУ** ☐ **NON ACCONSENTO НЕ ДАЮ ЗГОДУ**

Firma del genitore Підпис батька/матері

Data Дата ☐☐☐☐☐☐☐☐ _____

Повідомлення про обробку персональних даних (Стаття 12 Регламенту ЄС 2016/679 — GDPR)

Медичний заклад, що приймає заяву, як володілець персональних даних, повідомляє, що надані дані будуть використовуватися виключно з метою надання батькам доступу до Електронної медичної картки (ЕМК), онлайн-послуг та інших застосунків для мобільних пристроїв, що впроваджені та надаються Регіоном Емілія-Романья та медичними закладами цього Регіону для неповнолітніх дітей.

Обробка даних може здійснюватися як на паперових носіях, так і за допомогою комп'ютерних засобів. Дані в жодному разі не будуть розповсюджуватися або передаватися третім особам.

Права, передбачені Статтею 15 Регламенту ЄС 2016/679 - GDPR (доступ до даних, їх оновлення, видалення, перетворення тощо), можуть бути реалізовані шляхом звернення до медичного закладу, який прийняв цю заяву.

Повний текст повідомлення розміщений на сайті:

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

Для отримання інформації зателефонуйте на безкоштовний номер 800 033 033 або відвідайте сайт https://support.fascicolo-sanitario.it