



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Carmagnola, Chieri, Moncalieri e Nichelino

S.C. Risorse Umane
Ufficio Comunicazione e Formazione - URP
Tel. 01194293319
urp@aslto5.piemonte.it

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017 - www.aslto5.piemonte.it
centralino +39 011 94291 – pec protocollo@cert.aslto5.piemonte.it

Modello di delega sul Fascicolo Sanitario Elettronico

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in via/piazza _____ n. _____ città _____
provincia _____ CAP _____ codice fiscale _____
documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____
indirizzo email _____ n. cellulare _____

delega

Il/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
residente in via/piazza _____ n. _____ città _____
provincia _____ CAP _____ codice fiscale _____
documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____
indirizzo email _____ n. cellulare _____

ad operare per proprio conto:

- su tutti i servizi del Fascicolo Sanitario Elettronico
- sui seguenti moduli del Fascicolo Sanitario Elettronico:

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> estratto conto | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> esenzioni per patologia | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> ritiro farmaci con tessera sanitaria | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> covid | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> gestione consensi | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> vaccinazioni | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> il mio medico | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> pagamento ticket web | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> sol assistenza | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> buono celiachia | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> prevenzione serena | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> taccuino | dal _____ al _____ |

cosa può fare il delegato:

- visualizzare i dati
- visualizzare e modificare i dati

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> contatto digitale | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> ricette dematerializzate | dal _____ al _____ |

cosa può fare il delegato:

- visualizzare le ricette non oscurate
- visualizzare le ricette oscurate e gestire gli oscuramenti

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> ritiro referti e immagini con accesso facilitato | dal _____ al _____ |
|---|--------------------|

cosa può fare il delegato:

- visualizza e scarica solo documenti non oscurati
- visualizza e scarica anche i documenti oscurati
- ritiro e consultazione documenti

dal _____ al _____

cosa può fare il delegato:

- visualizza e scarica solo documenti non oscurati
- visualizza e scarica anche i documenti oscurati e modifica il consenso alla consultazione e gli oscuramenti

Luogo e data

Firma

Il paziente dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico (art. 13 RGPD 2016/679)

Luogo e data

Firma

Allegare:

1. tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegante;
2. tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegato.