



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

Richiesta attivazione FSE minori

**Autocertificazione della qualità di genitore – esercente la responsabilità genitoriale – tutore –
curatore – amministratore di sostegno (ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, N. 445)**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in via/piazza _____ n. _____ città _____
provincia _____ CAP _____ codice fiscale _____
indirizzo email _____ numero cellulare _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

dichiara di essere

- ☐ genitore titolare/esercente la responsabilità genitoriale
☐ persona esercente la responsabilità genitoriale
☐ tutore/curatore

del minore _____ nato/a a _____ il _____
residente in via/piazza _____ n. _____ città _____
provincia _____ CAP _____ codice fiscale _____

dichiara di

- ☐ aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, del quale allega modulo di delega e copia fotostatica del documento di riconoscimento
- ☐ di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale, ai sensi della normativa vigente
- ☐ che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del codice civile, l'altro genitore non può presentare istanza di accesso perché assente per:
- ☐ lontananza
 - ☐ impedimento

e che, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

- ☐ che il sottoscritto esercita la responsabilità genitoriale separatamente
- ☐ altro: _____

Si allega relativa documentazione

chiede

di poter operare sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e su tutti i servizi online sanitari relativi al minore

_____ nato/a a _____ il _____

Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità.

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) affisso nei locali aziendali e disponibile nella sezione "privacy" del sito web istituzionale.

Luogo e data

Firma

Modulo di delega

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in via/piazza _____ CAP _____ città _____

provincia _____ codice fiscale _____

documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

dichiara di essere il genitore

del minore _____ nato/a a _____ il _____

residente in via/piazza _____ CAP _____ città _____

provincia _____ codice fiscale _____

e delega

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

residente in via/piazza _____ CAP _____ città _____

provincia _____ codice fiscale _____

documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____

a richiedere l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e di tutti i servizi online sanitari relativi al minore: _____ nato/a a _____ il _____

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) affisso nei locali aziendali e disponibile nella sezione "privacy" del sito web istituzionale.

Luogo e data

Firma
