



Dott.....
Direttore Generale ASL

Dott.....
Medico di medicina generale

MODULO DI DISSENSO INFORMATO

La/il sottoscritta/o NOME..... COGNOME.....nata/o
il.....a.....

- **Considerato** il mio attuale stato di salute,
- **Dovendo** accedere alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale,
- **Informata/o** della possibilità che i miei dati sensibili riguardanti il mio stato di salute possano essere raccolti nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e del mio diritto di declinare il consenso,

DICHIARA:

- di **NON autorizzare** il trasferimento dei miei dati sensibili sul FSE, esercitando il diritto di dissenso stabilito dall'art. 8 del DM 07/09/2023,
- di comprendere appieno le conseguenze del mio rifiuto,
- di esonerare totalmente il personale sanitario da qualsivoglia responsabilità conseguente alla mia decisione assunta.

Prima di formalizzare il presente diniego al trasferimento dei miei dati sensibili sul FSE, ho avuto il tempo necessario di consultare il mio legale di fiducia e di informarmi dal difensore clinico del comitato “*Di Sana e Robusta Costituzione*” che opera nella società civile per favorire il dialogo tra cittadini, curanti e servizi sanitari, in una fase di estrema criticità vitale del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Sono pronta/o a ritirare il diniego qualora si configurasse ragionevole indicazione.

Il presente modulo si allega alla documentazione sanitaria che mi accompagna.

LUOGO E DATA

FIRMA