


	<b>CONSENSO PRIVACY FIRMA ELETTRONICA AVANZATA (FEA)</b>	Mod.05.306
		Rev.1 Aggiornato al 20/12/2024
		Pag. 1 di 1

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
*nome e cognome*

<b>Da compilare da parte di <u>eventuali</u> tutori o amministratori di sostegno</b>	
_____, <i>nome e cognome</i>	_____, <i>es. tutore, amministratore di sostegno</i>
di _____, <i>nome e cognome del paziente</i>	
_____, come da autocertificazione <sup>1</sup>	

avendo preso visione dei *Termini e condizioni relative all'uso del servizio FEA<sup>2</sup>* e dell'*Informativa privacy FEA<sup>3</sup>*, presta il **CONSENSO<sup>4</sup>** al trattamento dei dati, inclusi quelli particolari, necessari per la FEA.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_                      Firma **X** \_\_\_\_\_

<i>Termini e condizioni relative all'uso del servizio FEA e l'Informativa privacy FEA</i> possono essere consultati qui (selezionando la voce "Firma Elettronica Avanzata (FEA)"):	L' <i>Autocertificazione</i> può essere scaricata qui (selezionando il Centro di riferimento):
	

<sup>1</sup> È possibile scaricare l'*Autocertificazione* utilizzando il QR code riportato sul presente modulo.

<sup>2</sup> È possibile consultare il documento *Termini e condizioni relative all'uso del servizio FEA* utilizzando il QR Code riportato sul presente modulo.

<sup>3</sup> È possibile consultare l'*Informativa privacy FEA* presso il Centro o utilizzando il QR Code riportato sul presente modulo.

<sup>4</sup> Questo consenso è facoltativo. Il mancato consenso non pregiudica la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste, ma comporta l'impossibilità di usufruire del servizio di FEA. In questo ultimo caso, Le verranno forniti i medesimi documenti in formato cartaceo, che potrà firmare con firma autografa. Lei ha, inoltre, diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.