

NB: la presente autodichiarazione potrà essere utilizzata **soltanto** nel periodo emergenza CORONAVIRUS.

**FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO REGIONALE DEL MAGGIORENNE CHE DELEGA A UN TERZO
ATTIVAZIONE TELEFONICA NEL PERIODO DI EMERGENZA DA CORONAVIRUS
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Visto il periodo di emergenza sanitaria per la diffusione del Coronavirus e le limitazioni introdotte per le finalità di protezione civile che non permettono di recarsi agli sportelli dell'Azienda Sanitaria di riferimento; Vista la necessità di ricevere i referti sanitari relativi ad esami ed accertamenti, effettuati nel periodo precedente a tali limitazioni, mediante il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale che a tutt'oggi non risulta attivato per il soggetto delegante

io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato il (data di nascita) _____

a (luogo di nascita) _____

residente in (Comune di residenza) _____

in Via (Via e nr. civico) _____

telefono (cell. e telefono fisso) _____

codice fiscale _____

documento di identità (tipo: carta d'identità / passaporto / ecc...) _____

nr. _____ e scadenza _____

in qualità di delegato del Sig. / Sig.ra (cognome e nome) _____

residente in (Comune di residenza) _____

in Via (Via e nr. civico) _____

codice fiscale _____

documento di identità del delegante (tipo: carta d'identità / passaporto / ecc...) _____

nr. _____ e scadenza _____

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, che le informazioni suddette sono veritiere

CHIEDO

di poter rilasciare **i tre consensi (ALIMENTAZIONE, ALIMENTAZIONE PREGRESSO, CONSULTAZIONE)** necessari per l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale in nome e per conto **del delegante**, come da sua espressa volontà, tramite contatto telefonico degli operatori dell'Azienda sanitaria

Ai fini di un controllo della mia identità personale, in qualità di delegante,

DICHIARO

- di voler essere contattato al seguente nr. di cellulare _____
- di voler ricevere la documentazione necessaria al seguente indirizzo di posta elettronica _____
- di scegliere come parola di riconoscimento una tra le seguenti (il nome del proprio animale domestico / il colore preferito / il nome della madre) _____

Data e luogo,

Cognome e nome del delegante