



CONSENSO ALLA RETE SOLE

Il soggetto _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in Via/P.zza _____
tel. _____

Per sé medesimo

oppure

Il sottoscritto/a _____

Nato a _____

Il _____

Residente a _____

in Via/P.zza _____

Tel _____

*consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiero, richiamate dall'art.76 DPR 445/2000,
DICHIARA che del soggetto sopra generalizzato:*

è legale rappresentante

DICHIARA

di aver letto e compreso l'informativa

E AUTORIZZA

la consultazione dei dati nel sistema SOLE da parte del medico o del pediatra di famiglia e dei professionisti sanitari che intervengono nel percorso assistenziale, nell'intera area regionale (livello 1 dell'informativa).

Sì

No

OPPURE AUTORIZZA

la consultazione dei dati nel sistema SOLE solo da parte del medico o del pediatra di famiglia e del medico specialista limitatamente alle prescrizioni da lui effettuate. Nessun altro professionista sanitario potrà prendere conoscenza dei dati sanitari. (livello 2 dell'informativa)

Sì

No

In entrambi i casi al medico e al pediatra di famiglia, nonché al medico specialista limitatamente alle prescrizioni da lui effettuate, sarà indirizzata direttamente in cartella la comunicazione di ogni evento sanitario, a meno che l'interessato non l'abbia specificamente escluso (oscuramento: punto 4 dell'informativa).

Data

Firma del dichiarante

Il presente modulo, compilato e sottoscritto, va riposto nell'apposita cassetta presente nelle area antistante ai CUP e presso le strutture sanitarie aziendali (poliambulatori e ospedali). L'informativa è presente in tutte le strutture sanitarie aziendali (poliambulatori e ospedali) ed è disponibile all'indirizzo www.ausl.bologna.it