



Richiesta di oscuramento dei dati personali nel Dossier Sanitario

Io sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___

C.F. _____ residente a _____ in via (indirizzo) _____

o Legale rappresentante di:

(nome e cognome) _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___

C.F. _____ residente a _____ in via _____

in qualità di Tutore Curatore * Amministratore di sostegno Esercente la responsabilità genitoriale

***Presentare la documentazione attestante l'Amministrazione di sostegno.**

Avendo prestato il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico nella qualità di Interessato al trattamento dei dati o di delegato per la persona sopra indicata.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDO:

l'oscuramento e l'oscuramento dell'oscuramento all'interno del Dossier Sanitario Elettronico delle seguenti informazioni sanitarie relative al:

referto ambulatoriale _____ del _____

referto di Pronto Soccorso _____ del _____

episodio di cura (ricovero - day hospital) _____ del _____

altro) _____ del _____

SONO INFORMATO CHE:

- con la procedura di oscuramento i referti/episodi di cura sopra indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto i medici che mi prenderanno in cura non avranno la possibilità di visionarli o di sapere che sono stati oscurati, nemmeno in caso di emergenza/urgenza;

Luogo e data

Firma.....

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Matricola Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione oscuramenti:

Matricola Operatore _____ n. progressivo _____ Data _____ Firma operatore _____