

**Richiesta di De-oscuramento dei dati personali nel Dossier Sanitario Elettronico**

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

o Legale rappresentante di:

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

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

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

avendo in precedenza presentato, nella qualità di Interessato al trattamento dei dati o di delegato per la persona sopra indicata, richiesta di oscuramento delle informazioni sanitarie contenute all'interno del Dossier Sanitario Elettronico relative al:

- referto ambulatoriale \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- referto di Pronto Soccorso \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- episodio di cura (ricovero - dayhospital) \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- altro) \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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**

che i sopracitati dati , SIANO DE-OSCURATI (Resi nuovamente visibili) all'interno del Dossier Sanitario Elettronico.

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 \_\_\_\_\_