

**RICHIESTA DI VISIONE DEGLI ACCESSI**

AL

PROPRIO DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

(D. lgs. 196/2003 e Linee Guida del Garante Privacy in tema di dossier sanitario del 4/6/2015)

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 attivato il Dossier Sanitario Elettronico nella qualità di interessato 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

di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti dal.....al..... al Dossier Sanitario Elettronico, in particolare di conoscere l'indicazione della struttura/reparto e della data e ora dell'accesso *.

Luogo e data

Firma.....

* I dati relativi agli accessi al Dossier Sanitario Elettronico sono conservati, così come previsto dalle suindicate "Linee Guida" per 24 mesi e poi cancellati.

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Matricola Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione accessi al Dossier:

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