



## RICHIESTA DI ACCESSO AI DATI PERSONALI del DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

(ai sensi dell'articolo 7 del Decreto Legislativo n.°196/2003 "Codice della privacy")

### Al Referente Aziendale Privacy

referente.privacy@aulss9.veneto.it

( si

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

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

prega di scrivere in stampatello)

### A titolo di

#### Diretto interessato

Erede di \_\_\_\_\_ deceduto a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

**Genitore del minore**

**\*Tutore o Curatore**

**\* Amministratore di sostegno**

#### \*Delegato

di \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/C.so/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

\* (nel caso in cui la richiesta sia avanzata dal tutore o dal curatore è necessario esibire il documento di identità del soggetto rappresentato; nel caso in cui la richiesta sia avanzata dall'amministratore di sostegno è necessario presentare la documentazione attestante tale qualifica; se delegato allegare: delega e copia documento di identità)

Presenta formale richiesta di avere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e riferiti al DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO


e di ottenere a riguardo chiare e precise informazioni in merito a:

- L'origine dei dati personali;
- Le finalità e le modalità del trattamento;
- La logica applicata in caso di trattamento svolto con mezzi elettronici;
- Gli estremi identificativi del titolare e dei responsabili del trattamento, ai sensi dell'articolo 5, comma 2 del D.lgs.196/03;
- I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza.

Inoltre chiede che vengano effettuate le seguenti operazioni:

Aggiornamento dei seguenti dati;

.....

.....

Rettificazione dei seguenti dati;

.....

.....

Integrazione dei seguenti dati ;

.....

.....

Le operazioni suindicate sono effettuate tramite annotazione delle modifiche richieste senza alterare la documentazione medica di riferimento

Il sottoscritto si riserva di rivolgersi all'autorità giudiziaria o all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali (con segnalazione, reclamo o ricorso: artt.141ss. del Codice Privacy) se **entro 15 giorni** dal ricevimento della presente istanza non perverrà un riscontro idoneo

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO –**

Il richiedente ha chiesto di ritirare la documentazione presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico o di riceverla presso il recapito indicato Via Posta Ordinaria Con A/R Via Fax Via Mail...

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_