


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 Titolare del trattamento dei dati personali

 tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (indirizzo e-mail: urp@aulss8.veneto.it)

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___
 C.F. _____ residente a _____
 in via (indirizzo) _____

(si prega di scrivere in stampatello)

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,

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 _____