



## 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 \_\_\_\_\_