

**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 "Linee Guida in materia di dossier sanitario" emanate dal Garante per la protezione dei dati personali in data 04.06.2015, almeno 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 \_\_\_\_\_