



RICHIESTA DI ACCESSO AI DATI PERSONALI DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / _____

(C.F. _____) residente a _____

(____) in via _____ n. _____

e-mail _____

tel. _____

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, sotto mia responsabilità, in qualità di:

Soggetto interessato

OPPURE

Tutore Amministratore di sostegno Esercente la potestà genitoriale Legale rappresentante di

(nome e cognome) _____ nato a

_____ il ____ / ____ / _____

(C.F. _____) residente a _____

(____) in via _____ n. _____

CHIEDO

di avere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che mi riguardano riferiti al DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO.

Luogo e data _____

Firma _____

N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'