



RICHIESTA DI OSCURAMENTO / DEOSCURAMENTO DI EVENTO CLINICO SUL PROPRIO 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

che il seguente evento clinico di seguito meglio individuato (specificare data e struttura competente del referto ambulatoriale/pronto soccorso/ricovero)

NON SIA RESO DISPONIBILE (OSCURAMENTO) sul Dossier Sanitario Elettronico (DSE)

SIA RESO NUOVAMENTE DISPONIBILE (DEOSCURAMENTO) sul Dossier Sanitario Elettronico (DSE), annullando il precedente oscuramento.

SONO ALTRESI' 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 _____

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