



## RICHIESTA DI RICHIESTA DI VISIONE DEGLI ACCESSI AL 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

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 \*

\* 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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