

| | | | |
|---|--|-------------|-----------------|
|  | RICHIESTA OSCURAMENTO DATI (REFERTI/EPISODI DI CURA) NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (D. lgs. 196/2003; Linee Guida del Garante Privacy in tema di dossier sanitario del 4/6/2015) | | |
| | <i>PO 01/16 Gestione del documento Sanitario Elettronico</i> | | |
| | MOD03 PO01/16 DSA | n.rev. : 00 | n. pag.: 1 di 1 |

Io sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ e-mail _____

DICHIARO DI ESSERE

Il diretto interessato

L'esercente la potestà legale nei confronti di:

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata

CHIEDO

l'oscuramento all'interno del Dossier Sanitario Elettronico del seguente referto/episodio di cura:

- referto ambulatoriale del _____
- referto di Pronto Soccorso del _____
- episodio di ricovero _____
- tutti i referti di esami effettuati nel seguente intervallo temporale _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

- con la procedura di oscuramento i referti/episodi indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto i clinici non avranno la possibilità di visionarli, nemmeno in caso di emergenza/urgenza;
- le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Allego una copia di un documento di identità in corso di validità.

Data ____/____/____

Firma (per esteso e leggibile) _____