



Azienda Ospedaliera di Perugia

RICHIESTA OSCURAMENTO DATI NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ e-mail _____

CONSAPEVOLE CHE

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)

DICHIARO DI ESSERE

- ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Esercente la potestà genitoriale ☐ Curatore
☐ Altro (*specificare*) _____

DI

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

E

Avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili mediante il Dossier Sanitario Elettronico per la persona sopra indicata

CHIEDO

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

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

SONO CONSAPEVOLE CHE

- con la procedura di oscuramento i referti/episodi/altro sopra 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;
- i dati oscurati resteranno visibili soltanto al personale sanitario della struttura che ha fornito la prestazione oscurata.

Data _____ firma (per esteso e leggibile) _____

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.