



Azienda Ospedaliera di Perugia

RICHIESTA DE-OSCURAMENTO DATI NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Io sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ e-mail _____

Avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili mediante il Dossier Sanitario Elettronico

CHIEDO

Il de-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 de-oscuramento i referti/episodi/altro sopra indicati saranno nuovamente consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto i clinici avranno la possibilità di visionarli;

Data _____ firma (per esteso e leggibile) _____

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