



## **RICHIESTA 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**

**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.**