



C. S. R.

CONSORZIO SICILIANO DI RIABILITAZIONE SOC.CONS. a r.l.

Sede Legale : VIA DON MINZONI, 13 – 95123 CATANIA

Mod. D

RICHIESTA DI OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO INFORMAZIONI SANITARIE NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

Tutore Legale rappresentante Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale

di (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

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

CHIEDO L'OSCURAMENTO DELLE INFORMAZIONI RESE:

IN DATA _____ ALL'OPERATORE _____

IN DATA _____ ALL'OPERATORE _____

CHIEDO IL DEOSCURAMENTO DELLE INFORMAZIONI RESE:

IN DATA _____ ALL'OPERATORE _____

IN DATA _____ ALL'OPERATORE _____

Sono consapevole che

- con la procedura di oscuramento l'informazione o le informazioni indicate non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto saranno visionabili solo dal personale sanitario di reparto coinvolto nella cura;
- 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).

_____ luogo e data

_____ firma (estesa e leggibile)

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

Riservato all'ufficio (Centro di _____)

Raccolta cartacea:

Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database DSE informatizzato:

Operatore _____ Data _____ Firma operatore _____