



**C. S. R.**

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

Sede Legale : VIA DON MINZONI, 13 – 95123 CATANIA

**Mod. G**

**RICHIESTA VISIONE DEGLI ACCESSI AL PROPRIO DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

(Art. 7 D.Lgs. 196/2003; Art. 15 GDPR; Linee Guida del Garante Privacy del 04 giugno 2015)

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

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**

di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti sul Dossier Sanitario Elettronico (reparto/servizio/soggetto, data e ora, operazione effettuata) nel periodo da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

N.B. La richiesta può riguardare gli accessi avvenuti nei due anni precedenti alla richiesta.

**SONO 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).

\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_