

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>Richiesta oscuramento dati (referti/episodi di cura) nel dossier sanitario elettronico</p>	<p>MOD.3</p>
---	--	---------------------

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

nato a _____ prov. _____, il _____

codice fiscale _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ e-mail _____

DICHIARO DI ESSERE

Il diretto interessato

L' esercente la potestà legale nei confronti di

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ prov. _____, il _____

Codice fiscale _____

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

CHIEDO

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

referto ambulatoriale del _____

referto del Pronto Soccorso del _____

episodio di ricovero _____

tutti i referti di esami effettuati nel seguente arco temporale _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

- Con la procedura di oscuramento i referti/episodi 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
- 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). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Come previsto dalla legge.

Allego una copia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____