

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

AUSL della Romagna
 Alla c.a. UO Affari Generali e Legali
 Via De Gasperi, 8 - 48121 RAVENNA
Segreteria.affarigenerali@auslromagna.it
azienda@pec.auslromagna.it
 E p.c. Al Responsabile della Protezione dei dati

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

nato a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

Residente a _____ CAP _____ via _____

Telefono (fisso o cellulare) _____

DICHIARO DI ESSERE

- Il diretto interessato
 L'esercente la potestà legale nei confronti di:

Cognome _____ Nome _____

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

Di revocare 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: dal _____ al _____

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.

Recapito per la risposta:

E-mail/PEC: _____

Oppure

Via/Piazza _____

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

Comune e Provincia _____

CAP _____

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____