

Dichiaro quanto segue dopo aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, disponibili sul sito aziendale al seguente link:

https://www.uslcentro.toscana.it/images/Privacy/TPX_5047_privacy_informazione_e_consenso_edit08032021.pdf o scansionando il QR code a margine



**RICHIESTA DI
OSCURAMENTO
DI DOCUMENTI
CLINICI
DA DOSSIER
SANITARIO
ELETTRONICO
(Dossier)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ via _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oppure in qualità di tutore amministratore di sostegno
 esercente la potestà genitoriale legale rappresentante

di (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ via _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

- di essere stato informato della possibilità che le informazioni contenute nel documento da oscurare possono essere presenti anche in eventuali altri documenti sanitari non cronologicamente correlati (es. referto ecografico/visita ginecologica);
- di essere stato informato della possibilità di de-oscurare in ogni momento quanto oggetto di oscuramento.

RICHIEDE

l'oscuramento dei seguenti documenti clinici:

Firma _____ data _____
(firma estesa e leggibile)

Firma del soggetto legittimato* _____ data _____
(firma estesa e leggibile)

*Prossimo congiunto, familiare, convivente o unito civilmente, fiduciario ai sensi dell'art.4 della Legge 219/2017 o in loro assenza il responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato nei casi in cui il consenso può essere acquisito successivamente alla prestazione o da altri soggetti legittimati come esplicitati nell'informativa

DICHIARA di aver verificato con l'operatore Azienda USL Toscana centro che è stato oscurato sul dossier Azienda USL Toscana centro quanto richiesto

Firma _____ data _____
(firma estesa e leggibile)

