RICHIESTA DI DE-OSCURAMENTO DI DOCUMENTI CLINICI DA DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

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

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. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

RICHIEDE
il de-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)