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

Io 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. | | | | | | | | | | | | | | | | |

DICHIARO

- 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.

RICHIEDO l'oscuramento dei seguenti documenti clinici:

_____

_____

_____

_____

Data _____ Firma _____

(firma estesa e leggibile)

Data _____ Firma del soggetto legittimato* _____

(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

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

Data _____ Firma _____

(firma estesa e leggibile)

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro o scansionando il QR code a margine.