**DI DOCUMENTI CLINICI** lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ **DA DOSSIER** nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /\_\_\_\_ **SANITARIO ELETTRONICO (DSE)** residente in via Oppure in qualità di: ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno ☐ esercente la potestà genitoriale ☐ legale rappresentante di (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ C.F. **RICHIEDO** il de-oscuramento dei seguenti documenti clinici: Data (firma estesa e leggibile) 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 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. DICHIARO 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)

**RICHIESTA DI** 

**DE-OSCURAMENTO**