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

Dichiaro quanto segue dopo aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.
Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:
http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda

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)

SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana