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

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)