



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Corso Gelone, 17 – 96100 Siracusa (SR)
Cod. Fisc./P.IVA: 01661590891

Richiesta di De-oscuramento dei dati personali nel Dossier Sanitario Elettronico

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____, in qualità di interessato al trattamento dei dati
personali, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle
sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,
sotto la propria responsabilità, avendo in precedenza presentato richiesta di oscuramento delle
informazioni sanitarie contenute all'interno del Dossier Sanitario Elettronico (DSE) relative al

Referto ambulatoriale _____	del _____
Referto di Pronto Soccorso _____	del _____
Episodio di cura (ricovero – day hospital) _____	del _____
altro _____	del _____

CHIEDO

Che i sopracitati dati, siano **de-oscurati** (ovvero, **resi nuovamente visibili**) all'interno del Dossier Sanitario Elettronico.

Luogo e Data _____

Firma dell'Interessato _____

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio _____ del PO _____

Ambulatorio di _____ del Distretto _____

Data _____

Operatore _____ (firma) _____

Note _____

