



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

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

Richiesta di 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, avvalendomi 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 prestato il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario
Elettronico (DSE),

CHIEDO

L'oscuramento (come da Informativa) all'interno del Dossier Sanitario Elettronico delle seguenti
informazioni sanitarie relative al:

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

Sono informato che la procedura di oscuramento dei referti/episodi di cura sopra indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto i medici che mi prenderanno in cura non avranno la possibilità di visionarli o di sapere che sono stati oscurati, nemmeno in caso di emergenza/urgenza.

Luogo e Data _____

Firma dell'Interessato _____

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio _____ del PO _____

Ambulatorio di _____ del Distretto _____

Data _____

Operatore _____ (firma) _____

Note _____
