



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

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

Richiesta di visione degli accessi al proprio 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

Di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti dal _____ al _____ al Dossier
Sanitario Elettronico, in particolare di conoscere l'indicazione della struttura/reparto e della data e
ora di accesso¹.

Luogo e Data _____

Firma dell'Interessato _____

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio _____ del PO _____

Ambulatorio di _____ del Distretto _____

Data _____

Operatore _____ (firma) _____

Note _____

¹ I dati relativi agli accessi al Dossier Sanitario Elettronico sono conservati, così come previsto dalle "Linee Guida in materia di Dossier Sanitario" emanate dal garante per la protezione dei dati personali in data 04.06.2015, almeno per 24 mesi e poi cancellati.