



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
(Genitore/Tutore/Amministratore di sostegno)**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____, 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,

CERTIFICO DI ESSERE

(barrare solo le voci di interesse)

Genitore del minore e di esercitare la **potestà genitoriale**:

congiuntamente all'altro genitore _____ nato a _____
il _____ residente in _____ in via _____

presente assente, ma è **INFORMATO** e **AUTORIZZA** a procedere per il minore

disgiuntamente all'altro genitore in forza del seguente Provvedimento _____

Genitore unico in quanto _____

Terzo avente diritto in forza di:

delega dei/del genitori/e, come da atto di delega che si esibisce

provvedimento _____

DI

_____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ in via _____

Codice Fiscale _____,

Luogo e Data _____

Firma _____

E CHIEDO

Di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti dal _____ al _____ al Dossier Sanitario Elettronico dell'Interessato (la cui attivazione è stata effettuata previo consenso), 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.