



# A.I.A.S.

## Associazione Italiana Assistenza Spastici Sezione di San Filippo del Mela – E.T.S.

98044 – San Filippo del Mela (ME) – C.da Donnamiata, s.n.c.

cod. Fiscale 01952490835

-

Partita I.V.A. 02142110838

**MOD.F**

### **RICHIESTA DI OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO INFORMAZIONI SANITARIE NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità)

Tutore     Legale Rappresentante     Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale   

Altro \_\_\_\_\_

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

Avendo prestato il consenso al trattamento dei miei dati personali e particolari o di quelli della persona sopra indicata tramite costituzione del Dossier Sanitario Elettronico;

#### **CHIEDO L'OSCURAMENTO DELLE INFORMAZIONI RESE:**

IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'OPERATORE \_\_\_\_\_

IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'OPERATORE \_\_\_\_\_

#### **CHIEDO IL DEOSCURAMENTO DELLE INFORMAZIONI RESE:**

IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'OPERATORE \_\_\_\_\_

IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'OPERATORE \_\_\_\_\_

#### **SONO CONSAPEVOLE CHE**

- con la procedura di oscuramento l'informazione/le informazioni indicata/e non sarà/saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto sarà/saranno visionabili solo dal professionista sanitario che l'ha/le ha raccolta/e o redatta/e.
- Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Alla consegna presentarsi con un documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

#### **Riservato all'ufficio**

Raccolta cartacea: Operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_