



# 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. G**

### **RICHIESTA INSERIMENTO DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO - Linee Guida del Garante Privacy del 04/06/2015)**

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 dati personali e particolari mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata**

#### **CHIEDO**

l'inserimento all'interno del Dossier Sanitario Elettronico di informazioni relative a prestazioni sanitarie soggette a maggior tutela\* che la struttura sanitaria di propria iniziativa non inserisce nei dossier e contenute in:

- referto: \_\_\_\_\_
- episodio di ricovero: \_\_\_\_\_
- colloquio: \_\_\_\_\_

\*Si tratta di dati relativi alle infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria di gravidanza o che decidono di partorire in anonimato, ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, ai servizi offerti dai consultori familiari.

#### **SONO CONSAPEVOLE CHE**

- con tale richiesta l'informazione/le informazioni sopra indicata/e sarà/saranno consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico da parte di tutto il personale sanitario che avrà necessità di accedervi per motivi di cura.
- le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000).

\_\_\_\_\_ luogo e data

\_\_\_\_\_ firma (estesa e leggibile)

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

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