



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.I

**RICHIESTA VISIONE DEGLI ACCESSI AL PROPRIO DOSSIER SANITARIO
ELETTRONICO**

(Art. 7 D.Lgs. 196/2003; Art. 15 GDPR; Linee Guida del Garante Privacy del 04 giugno 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

di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti sul Dossier Sanitario Elettronico (reparto/servizio/soggetto, data e ora, operazione effettuata) nel periodo da _____ a _____

N.B. La richiesta può riguardare gli accessi avvenuti nei due anni precedenti alla richiesta.

SONO CONSAPEVOLE CHE

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).

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 _____