

Modulo per la richiesta di oscuramento di un evento clinico

All'Ufficio Affari Generali e Legali
e-mail: privacy@ancelle.it

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____ il ____
/ ____ / ____ codice fiscale _____ residente a (Comune, Provincia,
Stato) _____ in via (indirizzo) _____ per se stesso

oppure

per (nome e cognome) _____ nato a _____
il ____ / ____ / ____ codice fiscale _____ residente a (Comune, Provincia, Stato)
_____ in via (indirizzo) _____

dichiarando, consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere:

1. Tutore Legale rappresentante Amministratore di sostegno
2. Esercente la responsabilità genitoriale. In tale caso **dichiarando altresì:**
 - di essere entrambi presenti;
 - di essere unico genitore presente, ma di avere informato della scelta l'altro genitore, che lo stesso è d'accordo e che potrà eventualmente intervenire se cambiasse idea;
 - di essere unico esercente la responsabilità genitoriale.

Dichiarando di aver preso visione dell'informativa privacy resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Ue 2016/679 relativa al Dossier sanitario elettronico (DSE) disponibile presso le Strutture o sul sito istituzionale della Fondazione, e quindi di richiedere liberamente e consapevolmente i seguenti oscuramenti.

Dichiarando altresì di aver compreso che l'oscuramento di un evento clinico può comportare la mancata disponibilità per gli operatori sanitari di un quadro clinico il più possibile completo della sua salute, o di quella della persona interessata, e questo potrebbe comportare esiti significativi, anche negativi, nel percorso di cura.

Informato che per ogni ulteriore informazione o necessità potrà rivolgersi all'Ufficio Rapporti con il Pubblico.

CHIEDE

L'OSCURAMENTO DEL/I SEGUENTE/I EVENTO/I CLINICO/I NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO: (indicare la prestazione sanitaria e la data di effettuazione della stessa)

L'OSCURAMENTO DEL/I SEGUENTE/I EVENTO/I CLINICO/I AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA: (indicare la prestazione sanitaria e la data di effettuazione della stessa)

Fondazione Teresa Camplani La informa inoltre che è sempre possibile per il paziente revocare l'oscuramento dei dati, rendendoli nuovamente visibili nel DSE, formulando un'apposita richiesta al Responsabile della protezione dei dati. In tal caso i dati saranno nuovamente visibili nel DSE fatti salvi i tempi tecnici necessari per revocare l'oscuramento.

Brescia, _____

FIRMA ESTESA E LEGGIBILE

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata sottoscritta e presentata:

- [] previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto (nome e cognome del dipendente) _____
- [] sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.