

|   |  |                          |                    |
|---|--|--------------------------|--------------------|
|  <b>Casa di Cura<br/>Città di Bra</b><br><br><i>Clinica Privata Accreditata</i> | Privacy  | <b>Mod. 0478</b>         | <b>Pag. 1 di 1</b> |
|   | <b>RICHIESTA DI OSCURAMENTO DATI<br/>NEL DOSSIER SANITARIO</b> | Parola chiave: ALL. D.S. |                    |
|   |  | Rev. 00                  | del 24/05/2018     |

(Linee Guida del Garante della Privacy in tema di dossier sanitario del 4/6/15)

**Io sottoscritto/a**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI ESSERE**

il diretto interessato

l'esercente la potestà legale nei confronti di \_\_\_\_\_

avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante dossier sanitario per me stesso/per la persona sopra indicata

**CHIEDO**

l'oscuramento all'interno del dossier sanitario del seguente referto/episodio di cura:

referto ambulatoriale del \_\_\_\_\_

referto di Pronto Soccorso del \_\_\_\_\_

episodio di ricovero del \_\_\_\_\_

tutti i referti di esami effettuati nel seguente intervallo temporale \_\_\_\_\_

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

con la procedura di oscuramento i referti/episodi indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del dossier sanitario e pertanto i clinici non avranno la possibilità di visionarli, nemmeno in caso di emergenza/urgenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)