



A.I.A.S. ACIREALE

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER L'ASSISTENZA AGLI SPASTICI

Sede Legale: Via Lazzaretto, 65 – 95024 Acireale (CT)

Partita IVA: 02066470879 Cod.Fiscale: 81002770873
internet: <http://www.aiasacireale.it/> e-mail: info@aiasacireale.it

Mod. B

RICHIESTA DI OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO INFORMAZIONI SANITARIE NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

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

di (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

Avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata

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. Gli altri professionisti sanitario non potranno visionarle nemmeno in caso di emergenza/urgenza.
- 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)

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

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione consensi:

Operatore _____ Data _____ Firma operatore _____