



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. C

RICHIESTA VISIONE DEGLI ACCESSI AL PROPRIO DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

(D.Lgs. 196/2003; Linee Guida del Garante Privacy del 04 giugno 2015)

Io sottoscritto (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

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 sensibili 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).

_____ 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 _____