



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA
Corso Gelone, 17 – 96100 Siracusa (SR)
Cod. Fisc./P.IVA: 01661590891

Richiesta di De-oscuramento dei dati personali nel Dossier Sanitario Elettronico

(ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati – Linee Guida del Garante Privacy in tema di DSE del 4/6/2015)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ in via _____

Codice Fiscale _____, e-mail _____

in qualità di interessato al trattamento dei dati personali, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritieri richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, avendo in precedenza presentato richiesta di oscuramento delle informazioni sanitarie contenute all'interno del Dossier Sanitario Elettronico (DSE) relative al

Referto ambulatoriale	del _____
Referto di Pronto Soccorso	del _____
Episodio di cura (ricovero – day hospital)	del _____
altro	del _____

CHIEDO

Che i sopracitati dati, siano **de-oscurati** (ovvero, **resi nuovamente visibili**) all'interno del Dossier Sanitario Elettronico.

A tal fine, allega copia del documento di identità e chiede di ricevere riscontro alla presente richiesta tramite e-mail all'indirizzo sopra indicato.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'informativa completa sul trattamento de dati personali è rinvenibile sul sito www.asp.sr.it, sezione protezione dei dati.

Luogo e Data _____

Firma dell'Interessato _____

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio _____ del PO _____

Ambulatorio di _____ del Distretto _____

Data _____

Operatore _____ (firma) _____

Note _____
