



Regione Siciliana  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA**

Corso Gelone, 17 – 96100 Siracusa (SR)  
Cod. Fisc./P.IVA: 01661590891

## **Richiesta di 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 veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, avendo prestato il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico (DSE),

**CHIEDO**

L'oscuramento (come da Informativa) all'interno del Dossier Sanitario Elettronico delle seguenti informazioni sanitarie relative al:

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

A tal fine, allega copia del documento di identità e chiede di ricevere riscontro alla presente 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 dei dati personali è rinvenibile sul sito [www.asp.sr.it](http://www.asp.sr.it), sezione protezione dei dati.

**Sono informato che la procedura di oscuramento dei referti/episodi di cura sopra indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto i medici che mi prenderanno in cura non avranno la possibilità di visionarli o di sapere che sono stati oscurati, nemmeno in caso di emergenza/urgenza.**

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato \_\_\_\_\_

**Compilazione riservata a:**

Unità Operativa/Ufficio\_\_\_\_\_ del PO\_\_\_\_\_

Ambulatorio di \_\_\_\_\_ del Distretto \_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_

Operatore\_\_\_\_\_ (firma)\_\_\_\_\_

Note\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_