



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 veritieri 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 de dati personali è rinvenibile sul sito 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.

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio_____ del PO_____

Ambulatorio di_____ del Distretto_____

Data_____

Operatore_____ (firma)_____

Note_____
