



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

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

**Richiesta di visione degli accessi al proprio Dossier Sanitario Elettronico
(Genitore/Tutore/Amministratore di sostegno)**

(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 _____,
cellulare _____, avvalendomi 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,

CERTIFICO DI ESSERE

(barrare solo le voci di interesse)

Genitore del minore e di esercitare la **potestà genitoriale**:

congiuntamente all'altro genitore _____ nato a _____
il _____ residente in _____ in via _____
 presente assente, ma è INFORMATO e AUTORIZZA a procedere per il minore
 disgiuntamente all'altro genitore in forza del seguente Provvedimento _____

Genitore unico in quanto _____

Terzo avente diritto in forza di:

delega dei/del genitori/e, come da atto di delega che si esibisce
 provvedimento _____

DI

_____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____,

Luogo e Data _____

Firma _____

E CHIEDO

Di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti dal_____ al_____ al Dossier Sanitario Elettronico dell'Interessato (la cui attivazione è stata effettuata previo consenso), in particolare di conoscere l'indicazione della struttura/reparto e della data e ora di accesso¹.

A tal fine, allega copia del documento di identità e chiede di ricevere tali informazioni tramite:

- [] e-mail all'indirizzo sopra indicato con consegna password al telefono indicato
[] consegna a mano, previo appuntamento fissato con gli uffici competenti

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_____

¹ I dati relativi agli accessi al Dossier Sanitario Elettronico sono conservati, così come previsto dalle "Linee Guida in materia di Dossier Sanitario" emanate dal garante per la protezione dei dati personali in data 04.06.2015, almeno per 24 mesi e poi cancellati.