



OSCURAMENTO/DE-OSCURAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI TRATTATI NELL'AMBITO DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

Il sottoscritto _____ / _____
cognome nome

data di nascita: ____/____/____ luogo di nascita _____

codice fiscale _____ documento di identità _____

in qualità di:

Diretto interessato

oppure

Tutore

Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale

del paziente _____ / _____
cognome nome

data di nascita: ____/____/____ luogo di nascita _____

codice fiscale _____

CHIEDE

l'oscuramento (non visibilità)

il de-oscuramento (visibilità)

nel Dossier Sanitario Elettronico del/dei seguenti episodio/i sanitario/i (descrivere gli eventi clinici indicando i giorni e i reparti in cui sono state eseguite le prestazioni):

Note: _____

Bergamo, _____

Firma/e¹ _____ / _____

¹ La richiesta di oscuramento/de-oscuramento dei dati può essere formulata dal diretto interessato o da chi lo rappresenta legalmente; per il minore da entrambi i genitori se la responsabilità genitoriale è congiunta.

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

DATA REGISTRAZIONE CONSENSO _____