



**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
genitoriale**



Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità

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/e ¹ _____
/ _____

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