



**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/e <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 \_\_\_\_\_