

	<p>Oscuramento DSE</p>	
	<p>Ed. 01 Rev. 2 del 19.07.2023</p>	<p>Pag. 1 a 2</p>

OSCURAMENTO/DE-OSCURAMENTO DI DATI PERSONALI 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):

	Oscuramento DSE	
	Ed. 01 Rev. 2 del 19.07.2023	Pag. 2 a 2

Note: _____

Campobasso, __/__/_____

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.