

RICHIESTA PER L'OSCURAMENTO

**NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI UN EVENTO CLINICO
DELL'INTERESSATO**

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____,

in qualità di:

Tutore (Prov. n. _____ emesso da _____) dell'Interessato
Sig./ra _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____,

ovvero

Amministratore di sostegno (Prov. n. _____ emesso da _____)
dell'Interessato Sig./ra _____
nato/a _____ il _____, residente a
_____ Via _____

letta l'informativa suindicata nella quale è indicato che in ogni momento è possibile avanzare la richiesta di oscuramento dal Dossier Sanitario Elettronico dell'Interessato di un determinato evento clinico, consapevole che la richiesta in questione comporterà l'impossibilità che l'evento sia visibile al personale sanitario autorizzato alla consultazione del Dossier Elettronico; chiedo l'oscuramento del seguente evento clinico dell'Interessato:

(indicazione dello specifico evento clinico di cui si chiede l'oscuramento)

Luogo e data _____

Firma del Tutore/ Amministratore di sostegno _____

Il presente modulo può essere consegnato direttamente al Medico al momento dell'evento clinico (oscuramento ex ante) ovvero in un qualsiasi momento successivo all'evento (oscuramento ex post), inoltrandolo ad uno dei recapiti indicati nell'Informativa.