

**Modifiche del consenso al trattamento dei dati personali attraverso il Dossier ed il Fascicolo Radiologico Elettronico**

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato/a il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(NOME) (COGNOME) (gg) (mm) (aaaa)  
a: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CF: \_\_\_\_\_  
(COMUNE DI NASCITA) (provincia) (CODICE FISCALE)

***Compilare la sezione sottostante SOLO nel caso in cui i dati trattati si riferiscano a minori e/o incapaci***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(NOME) (COGNOME) (gg) (mm) (aaaa)  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CF \_\_\_\_\_  
(comune di nascita) (provincia) (codice fiscale)  
in qualità di:  
 Genitore  Tutore  altro: \_\_\_\_\_  
del paziente \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(NOME) (COGNOME) (gg) (mm) (aaaa)  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CF \_\_\_\_\_  
(comune di nascita) (provincia) (codice fiscale)

Il sottoscritto informato della possibilità che in ogni momento è possibile avanzare la richiesta di oscuramento dal Dossier e dal Fascicolo Radiologico Elettronico di un determinato evento clinico, consapevole che la richiesta in questione comporterà l'impossibilità che l'evento sia visibile al personale sanitario autorizzati alla consultazione degli stessi

**CHIEDE L'OSCURAMENTO DEL SEGUENTE EVENTO CLINICO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il presente modulo può essere consegnato direttamente al personale sanitario 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.