Il/la sottoscritto/a ....., nato a ....., il ...../…../……. c.f. ....., residente a ..... Via ....., nella mia qualità di

(barrare la scelta)

❒ Amministratore di sostegno ❒ Tutore

di ....., nato a ..... il …../...../…... cf .....

vista l'informativa sul trattamento dati per la costituzione ed utilizzo del Dossier Sanitario Elettronico dei pazienti interdetti/amministrati, nella quale è indicato che in ogni momento è possibile avanzare la richiesta di "de-oscuramento" di un determinato evento clinico precedentemente oscurato

CHIEDO IL DE-OSCURAMENTO

DEL SEGUENTE EVENTO CLINICO

(indicare lo specifico evento clinico di cui si chiede l'oscuramento; ad es. una prestazione di pronto soccorso, un ricovero, una prestazione specialistica ecc.):

.....

.....

Pisa, lì …../…../…….

Firma .....

Il presente MODULO deve essere compilato dal tutore/amministratore di sostegno del paziente laddove intenda revocare il consenso in precedenza espresso relativamente all'attivazione del Dossier Sanitario; in caso di ricovero il modulo verrà raccolto dal personale sanitario che deve inoltralo all'assistenza PLEIADE (assistenza pleiade@ao-pisa.toscana.it) che provvederà alla modifica richiesta ed al caricamento del modulo su PLEIADE. Se invece la richiesta avviene al di fuori del ricovero andrà canalizzata all'Ufficio "Adempimenti privacy" (UO Affari Generali) che, verificata la completezza della richiesta, provvederà ad inoltrarla all'assistenza PLEIADE.