

REVOCA DELL' 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 revoca di oscuramento dal Dossier Sanitario Elettronico dell'Interessato di un determinato evento clinico, consapevole che la revoca in questione comporterà la possibilità che l'evento sia visibile al personale sanitario autorizzato alla consultazione del Dossier Elettronico; chiedo la revoca di oscuramento del seguente/i evento/i clinico/i dell'Interessato:

(indicazione dello specifico evento clinico di cui si chiede la revoca dell'oscuramento)

Luogo e data _____

Firma del Tutore/Amministratore di sostegno _____