

**Richiesta di revoca dell'oscuramento di un evento clinico nel Dossier e nel 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 revoca di oscuramento dal Dossier e dal Fascicolo Radiologico Elettronico di un determinato evento clinico, consapevole che la revoca in questione comporterà la possibilità che l'evento sia nuovamente visibile al personale sanitario autorizzato alla consultazione del Dossier e del Fascicolo Radiologico Elettronico

**CHIEDE LA REVOCA DELL'OSCURAMENTO DEL SEGUENTE EVENTO/I CLINICO:**

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

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

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