



MODULO DI REVOCA DI OSCURAMENTO DI UN EVENTO NEL DOSSIER SANITARIO

Io sottoscritto *(in caso di genitori di minori, da compilarsi a cura di ciascuno)*

Nome/Cognome _____

Nato _____ il _____

Codice/Fiscale _____

☐ in proprio

ovvero _____

☐ in qualità di:

☐ Esercente/i la responsabilità genitoriale

ovvero _____

☐ Tutore (Prov. n. _____ emesso da _____)

ovvero _____

☐ Amministratore di sostegno (Prov. n. _____ emesso da _____)

dell'Interessato/Minore _____ nato a _____ il _____
residente in _____

Lette e comprese le informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) sul trattamento dei dati personali attraverso il Dossier Sanitario nelle quali è indicato che in ogni momento è possibile avanzare la richiesta di revoca di oscuramento dal Dossier Sanitario 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 Sanitario;

chiedo la revoca di oscuramento del seguente/i evento/i clinico/i:

- ☐ cartella clinica relativa all'evento clinico del _____ presso il reparto di _____
- ☐ cartella ambulatoriale relativa all'evento clinico del _____ presso _____
- ☐ tutte le relazioni di degenza;
- ☐ la relazione di degenza relativa all'evento clinico del _____ presso il reparto di _____
- ☐ tutte le lettere al curante;
- ☐ la lettera al curante relativa all'evento clinico del _____ presso il reparto di _____

Luogo e data _____

Firma _____