

MODULO DI OSCURAMENTO DEI DATI E DOCUMENTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO
Regolamento U.E. 2016/679

Io sottoscritto (nome e cognome) _____
Nato a _____ il ____/____/____ codice fiscale _____
Residente a (comune, provincia) _____ via/piazza _____ cap _____
<input type="checkbox"/> in proprio

Ovvero, in qualità di <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di (in tal caso allegare copia del documento di identità del dichiarante)
(nome e cognome) _____
Nato a _____ il ____/____/____ codice fiscale _____
Residente a (comune, provincia) _____ via/piazza _____ cap _____

CHIEDE

l' **OSCURAMENTO** dei dati e dei documenti prodotti a seguito delle seguenti prestazioni (esame, visita, ricovero...):

_____	, erogata in data _____	presso (struttura) _____
_____	, erogata in data _____	presso (struttura) _____
_____	, erogata in data _____	presso (struttura) _____
_____	, erogata in data _____	presso (struttura) _____
_____	, erogata in data _____	presso (struttura) _____
_____	, erogata in data _____	presso (struttura) _____
_____	, erogata in data _____	presso (struttura) _____

DICHIARO

Di essere consapevole degli effetti che l'esercizio al diritto di oscuramento dei dati e documenti produrrà sul Fascicolo Sanitario Elettronico, come descritti nella normativa di riferimento e richiamati nell'Informativa ricevuta ai sensi degli art.li 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

In caso di consegna da parte di terzi del presente Modulo, il soggetto incaricato, munito di un proprio documento di identità, deve presentarsi con delega e con fotocopia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma** _____ **(per esteso)**

Spazio riservato all'ufficio

<i>Modulo raccolto dall'operatore:</i>		
(nome e cognome)	in data	firma