



Centro Medico  
Lazzaro Spallanzani

## RICHIESTA VISIONE DEGLI ACCESSI AL PROPRIO DOSSIER

### SANITARIO ELETTRONICO

(D. lgs. 196/2003; Linee Guida del Garante Privacy in tema di dossier sanitario del 4/6/2015)

Da inviare a [privacy@lazzarospallanzani.it](mailto:privacy@lazzarospallanzani.it)

Io sottoscritto/a

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### DICHIARO DI ESSERE

- Il diretto interessato
- l'esercente la potestà legale nei confronti di

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata**

#### CHIEDO

di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti sul Dossier Sanitario Elettronico (reparto/servizio che ha effettuato l'accesso, data e ora) nel periodo da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_

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

#### SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). Il centro Medico Privato Lazzaro Spallanzani effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

**Allego una copia di un documento di identità in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_

firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_