



Centro Medico
Lazzaro Spallanzani

RICHIEDA DI OSCURAMENTO DATI (REFERTI/EPISODI DI CURA)

NEL 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

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

l'oscuramento all'interno del Dossier Sanitario Elettronico del seguente referto/episodio di cura:

per la seguente motivazione: _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

- con la procedura di oscuramento i referti/episodi indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto i clinici non avranno la possibilità di visionarli;
- 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) _____