

**MODULO DI RICHIESTA "ACCESSI" AL DOSSIER SANITARIO**

Il/La sottoscritto/a(nome e cognome) .....

Nato/a a.....il.....,residente in .....

Via ....., n. ....

☐ per sé☐ oppure in qualità di: ☐ Tutore o curatore☐ Esercente la responsabilità genitoriale☐ Amministratore di sostegno/Responsabile della Struttura presso  
cui dimora l'interessato☐ Altro

Del soggetto interessato (nome e cognome) .....

Nato/a a..... il ..... residente in .....

Via ....., n. ....

**Letta e compresa l'informativa sul DSE** , relativamente alla costituzione dello stesso e  
avendo prestato il consenso al trattamento dei dati mediante il Dossier Sanitario Elettronico.**CHIEDE**di conoscere l'indicazione della Struttura/Operatore che ha effettuato l'accesso al Dossier  
Elettronico, nonché della data e dell'ora dello stesso, nel periodo da \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_Per il controllo degli accessi diretto a verificare la liceità del trattamento e il rilevamento di  
eventuali anomalie, la conservazione dei file di log riguarderà solo gli accessi avvenuti nei due  
anni precedenti, come previsto nell'informativa e nel rispetto di quanto indicato nelle Linee  
Guida del 4.06.2015 in materia di conservazione dei file di log a partire dalla data di  
registrazione dell'operazione.

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

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)