

MODULO DI RICHIESTA PER LA REVOCA DELL'OSCURAMENTO

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

Nato/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 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 e formulato richiesta di oscuramento di alcune informazioni sanitarie

CHIEDE

La revoca dell'oscuramento all'interno del Dossier Sanitario Elettronico delle seguenti informazioni relative alla salute, in precedenza oscurate e quindi non visibili al personale autorizzato all'accesso:

Luogo e data

.....
(firma leggibile)