

**OSCURAMENTO/DE-OSCURAMENTO DI DATI PERSONALI DEL
DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)**Il sottoscritto _____ / _____
cognome nome

data di nascita: ____/____/____ luogo di nascita _____

codice fiscale _____ documento di identità _____

in qualità di: **Diretto interessato**

oppure

 Tutore **Amministratore di sostegno** **Esercente la responsabilità genitoriale**del paziente _____ / _____
cognome nome

data di nascita: ____/____/____ luogo di nascita _____

codice fiscale _____

CHIEDE **l'oscuramento** (non visibilità) **il de-oscuramento** (visibilità)

nel Dossier Sanitario Elettronico del/dei seguenti episodio/i sanitario/i (descrivere gli eventi clinici indicando i giorni e i reparti in cui sono state eseguite le prestazioni):

Note: _____

Campobasso, _____

Firma/e ¹ _____/_____

¹ La richiesta di oscuramento/de-oscuramento dei dati può essere formulata dal diretto interessato o da chi lo rappresenta legalmente; per il minore da entrambi i genitori se la responsabilità genitoriale è congiunta.