



Alla Direzione Sanitaria del Policlinico Casilino

**RICHIESTA DI DEOSCURAMENTO DATI (REFERTI/EPISODI DI CURA)
NEL DOSSIER SANITARIO**

Io sottoscritto/a

Nominativo _____
nato/a _____ il _____

_____ C.F. _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ email _____

DICHIARO DI ESSERE

Il diretto interessato

L'esercente la potestà legale nei confronti di

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il _____

_____ C.F. _____

CHIEDO

Il deoscuramento totale ovvero di tutti i dati inseriti nel Dossier sanitario

CHIEDO

Il deoscuramento parziale oscurare i soli dati indicati di seguito :

SONO CONSAPEVOLE

- che in caso di richiesta di oscuramento totale o parziale dei propri dati, il personale sanitario di reparto /ambulatorio avrà accesso solo alle informazioni relative all'episodio per il quale l'interessato si è rivolto presso la Struttura nonché alle altre informazioni relative alle eventuali prestazioni sanitarie in passato erogate all'interessato dal medesimo reparto/ambulatorio.
- che per l'oscuramento dei dati di cui sopra i tempi necessari sono di 7 (sette) giorni lavorativi a partire dall'accettazione della richiesta da parte della Direzione Sanitaria (esclusi il sabato, la domenica e le altre festività).
- che potrò richiedere il deoscuramento totale o parziale dei miei dati con le stesse modalità e tempistiche della presente richiesta .
- con la procedura di oscuramento i referti/episodi indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario e pertanto i clinici non avranno la possibilità di visionarli , nemmeno in caso di emergenza/urgenza .
- 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).

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

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____