

Nome del documento / procedura	Sezione:	Livello di riservatezza:
MODULO PER RICHIESTA OSCURAMENTO DEOSCURAMENTO	ACCOUNTABILITY	Controllato

**MODULO PER LA RICHIESTA DI OSCURAMENTO E DE-OSCURAMENTO DEI DATI
E DOCUMENTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)**

ai sensi dell'art. 8 del D.P.C.M. 29 settembre 2015, n. 178

Io sottoscritto (*nome e cognome*), _____ nata/o a _____
il _____, codice fiscale _____, residente a _____,
in via _____, CAP _____

in proprio

Ovvero in qualità di (*)

titolare della responsabilità genitoriale tutore amministratore di sostegno

del/la sig./sig.ra (*nome e cognome*), _____ nata/o a _____
il _____, codice fiscale _____, residente a _____,
in via _____, CAP _____

CHIEDE DI

OSCURARE sul proprio Fascicolo Sanitario Elettronico i dati e i documenti di seguito indicati <input type="checkbox"/>	DE-OSCURARE sul proprio Fascicolo Sanitario Elettronico i dati e i documenti di seguito indicati <input type="checkbox"/>
Conseguenze dell'oscuramento	Conseguenze del deoscuramento
Il sottoscritto, esercitando il diritto di oscuramento , è consapevole che i documenti individuati con la presente richiesta saranno oscurati nell'ambito del FSE. <u>Tali dati e documenti, pertanto, saranno consultabili attraverso il FSE solamente dal sottoscritto e dal professionista sanitario che li ha generati.</u>	Il sottoscritto, esercitando il diritto di de-oscuramento , è consapevole che <u>i documenti individuati con la presente richiesta saranno resi visibili nell'ambito del FSE ai professionisti sanitari da me individuati</u> mediante le impostazioni e funzionalità tecniche presenti nel FSE regionale.

TIPO DI PRESTAZIONE PER LA QUALE SI ESERCITA IL DIRITTO

Tipo di prestazione _____, erogata in data _____

Nome del medico / professionista sanitario

che ha effettuato la prestazione: _____

presso la seguente struttura _____

Codice identificativo del documento (ove presente): _____

Luogo e data

Firma (*)

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

(*) N.B. A fronte della richiesta dell'esercizio dei diritti di oscuramento o de-oscuramento ove il paziente diretto interessato sia in presenza è necessario che venga esibito il documento di identità.

Qualora la richiesta dell'esercizio dei diritti di oscuramento o de-oscuramento sia effettuata on line (per email, o telefonicamente) dal soggetto interessato è necessario sia allegato un documento di identità.

Qualora la richiesta dell'esercizio dei diritti di oscuramento o de-oscuramento sia effettuata da un soggetto delegato è necessario sia allegato un documento di identità sia del soggetto delegato che del delegante.

Compilazione a cura della struttura:

Soggetto ricevente la richiesta: data e ora di ricezione: _____, _____

Canale di ricezione: diretto email telefono altro: _____

Cognome, Nome: _____ Ruolo / Specialità:

Firma: _____

Medico che ha effettuato la refertazione (Cognome, Nome): _____

Data e ora dell'avvenuto oscuramento / de-oscuramento: _____, _____

Firma del Medico: _____

Eventuale medico che ha effettuato l'oscuramento / de-oscuramento in assenza o indisponibilità del medico refertante: (Cognome, Nome): _____

Data e ora dell'avvenuto oscuramento / de-oscuramento: _____, _____

Firma del Medico: _____