



## **MODULO RICHIESTA DE-OSCURAMENTO EVENTI**

(in conformità alle Linee Guida in tema di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e di Dossier Sanitario - 16 Luglio 2009 - in G.U. n. 178 del 03 Agosto 2009 e Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015 in G.U. n. 164 del 17 luglio 2015)

**Esercizio del diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti, di cui all'art. 7 Decreto Legislativo 196/2003**  
(Codice in materia di trattamento dei dati personali)

**Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità**

### DICHIARO

Io sottoscritto (nome e cognome).....nato a  
..... il ..... codice fiscale.....residente a  
(Comune, Prov.) ..... via (indirizzo)  
.....

**per sé ( )**

oppure

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto mia responsabilità dichiaro

**in qualità di:**

( ) esercente potestà genitoriale ( ) tutore ( ) amministratore di sostegno ( ) legale rappresentante  
( ) altro \_\_\_\_\_

di (nome e cognome).....nato a  
..... il ..... codice fiscale .....residente a  
(Comune, Prov.) .....via (indirizzo)  
.....

### **CHIEDO**

**IL DE-OSCURAMENTO (ripristino visibilità) SUL SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE DEI DATI RELATIVI AI SEGUENTI EVENTI:**

---

Si allega alla presente fotocopia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (art. 9 comma 4 D. Lgs. n. 196/2003).

---

Ai sensi dell'art. 23 D. Lgs. n. 196/2003 e succ. mod. e integrazioni, acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra riportati con modalità cartacea e/o elettronica, al fine della presente richiesta.

Foggia, \_\_\_\_\_

**Firma leggibile** \_\_\_\_\_