



MODULO RICHIESTA 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
..... ilcodice fiscale.....residente a
(Comune, Prov.)via (indirizzo)
.....

CHIEDO

L'OSCURAMENTO (NON 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 _____