

MODULO

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

per sé

oppure

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto mia responsabilità dichiaro
in qualità di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tutore | <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno |
| <input type="checkbox"/> Esercente la potestà genitoriale | <input type="checkbox"/> Legale rappresentante |
| <input type="checkbox"/> Minorenne esercitante la patria potestà
o rappresentante legale | <input type="checkbox"/> Erede |
| | <input type="checkbox"/> Delegato |

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

1. di essere stato informato dei limiti del sistema informatico che implementa la funzione di oscuramento;
2. di essere stato informato della possibilità che le informazioni contenute nel documento da oscurare possano essere presenti anche in eventuali altri documenti sanitari non cronologicamente correlati (es. referto RX mano/Consulenza ortopedica);
3. di essere stato informato della possibilità di de-oscurare in ogni momento quanto oggetto di oscuramento.

Consapevole di quanto suddetto, **C H I E D O**

che i seguenti eventi clinici e/o documenti (indicare in modo dettagliato l'evento e/o documento) prodotti da ASUGI.....

Siano oggetto di

- OSCURAMENTO (RESI NON VISIBILI)
 DEOSCURAMENTO (RESI NUOVAMENTE VISIBILI)

Nel

- Dossier Sanitario Elettronico (DSE) ASUGI;
 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Regionale.

Allego documento di identità in corso di validità

Data _____ / _____ / 20__

Firma _____
(firma estesa e leggibile)

riservato all'ufficio
OPERATORE OR/OP
N° REG. OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO GECO.....