

Spett.le A.S.L. Città di Torino

Via San Secondo 29 -10128 TORINO

RICHIESTA DI OSCURAMENTO DATI E DOCUMENTI NEL DOSSIER SANITARIO

Linee Guida del Garante per la protezione dei dati sul Dossier Sanitario elettronico

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____ codice fiscale/STP/ENI _____ per
sé o, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/tutoriale, per
_____ (cognome e nome del soggetto minore o sottoposto a misura di
protezione), nato/a a _____, il _____;

CHIEDE L'OSCURAMENTO¹

all'interno del Dossier Sanitario Elettronico del seguente referto/episodio di cura:

	Descrizione	Data di erogazione	A cura ASL
<input type="checkbox"/>	episodio di ricovero:		Codice episodio
<input type="checkbox"/>	referto ambulatoriale:		Codice episodio
<input type="checkbox"/>	referto pronto soccorso:		Codice episodio
<input type="checkbox"/>	altro episodio clinico/ prestazione sanitaria		Codice episodio

DICHIARA di essere CONSAPEVOLE che:

- con la procedura di oscuramento i referti/episodi indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto i clinici non avranno la possibilità di visionarli, nemmeno in caso di emergenza/urgenza;
- che i professionisti sanitari abilitati ad accedere al Dossier Sanitario non potranno venire automaticamente a conoscenza del fatto che Lei ha effettuato tale scelta ("oscuramento dell'oscuramento").
- che i dati di cui richiede l'oscuramento nel Dossier Sanitario restano comunque disponibili al professionista e alla struttura che li ha elaborati.

Dichiara altresì di essere stato informato che l'oscuramento del suddetto evento clinico può essere revocato nel tempo (vedi modello di revoca dell'oscuramento).

Torino, li

___/___/___

Firma dell'interessato

Firma dell'esercente la responsabilità
genitoriale o tutoriale²

¹ Se la richiesta di oscuramento è effettuata successivamente al giorno in cui è stata erogata la prestazione sanitaria, l'interessato dovrà inoltrare la richiesta, dettagliando nel modello gli episodi/referti da oscurare, a: tecnologie@aslcitytorino.it e, per conoscenza a: settoreprivacy@aslcitytorino.it. La richiesta sarà evasa entro il più breve tempo possibile e, comunque, entro 7 giorni dal ricevimento da parte di questa ASL, salvo necessità di richiederLe chiarimenti.

Per le richieste inviate telematicamente si applicano le disposizioni di cui all'art. 38 del DPR 445/2000 e del D. Lgs. 82/2005 e s.m.i. Per cui sono da ritenersi valide se sottoscritte e inviate insieme alla copia del documento di identità o se sottoscritte con firma digitale.

² Se la richiesta è effettuata in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/tutoriale occorre allegare autodichiarazione ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000.

