

RICHIESTA DI NON INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI SINGOLO EPISODIO DISCIPLINATO DA LEGGI SPECIALI

Recapitare all'Azienda mediante:
consegna allo sportello URP
invio tramite posta all'indirizzo Azienda Ulss n. 5 Polesana di Rovigo, Viale Tre Martiri n. 89 – 45100 Rovigo
invio tramite fax al numero 0425 394618
invio tramite PEC alla casella protocollo.aulss5@pecveneto.it

Allegare fotocopia di documento di identità, o equipollente, del sottoscrittore (interessato o facente le veci)

Io/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____

residente a (Comune, Provincia) _____

in via (indirizzo) _____

per sé o in qualità di:

Tutore Legale rappresentante Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale Altro _____

di (Nome e Cognome) _____ nato a _____

il ____ / ____ / ____ codice fiscale _____ residente a _____

_____ in via _____

ricevuta l'informativa sul trattamento dei dati personali mediante Dossier Sanitario Elettronico e le informazioni relative a prestazioni sanitarie offerte a soggetti nei cui confronti l'ordinamento vigente ha posto specifiche disposizioni a tutela della loro riservatezza (prestazioni rese a persone sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, a donne che si sottopongono ad interruzione volontaria della gravidanza o che scelgono di partorire in anonimato ovvero a quelle rese in occasione di atti di violenza sessuale o di pedofilia o da parte dei consultori familiari),

con la sottoscrizione del presente modulo

INTENDE

esercitare il **diritto di NON INSERIRE** nel Dossier Sanitario Elettronico il seguente episodio clinico:

DATA EPISODIO: ____ / ____ / ____ **O**

ALTRO ELEMENTO UTILE AD INDIVIDUARE L'EPISODIO

Luogo, data _____

Firma _____
 (firma estesa e leggibile)