



**RICHIESTA DI OSCURAMENTO SINGOLO EPISODIO DEL DOSSIER SANITARIO
ELETTRONICO**

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 sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____

residente a (Comune, Provincia) _____

in via/viale/piazza _____

per sé o in qualità di:

Tutore _____ Legale rappresentante _____ Altro _____

Amministratore di sostegno _____ Esercente la responsabilità genitoriale _____

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, **con la sottoscrizione del presente modulo**

INTENDE

esercitare il **diritto all'oscuramento** relativamente al seguente episodio:

TIPO EPISODIO:

Esame diagnostico (specificare: esame laboratorio, radiologia, visita specialistica)

Ricovero ordinario/ DH

Accesso Pronto Soccorso

DATA EPISODIO: ____ / ____ / ____ (in caso di ricovero specificare la data di ammissione)

Note _____

Luogo, data _____

Firma _____
(firma estesa e leggibile)