



RICHIESTA DI VISIONE DEGLI ACCESSI AL PROPRIO DOSSIER SANITARIO

(D.Lgs 196/2003 e Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali in tema di dossier sanitario del 4/6/2015)

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 ____ / ____ / ____ CF _____

residente a (Comune, Provincia) _____

in via/viale/piazza _____

per sé o in qualità di:

Tutore/Amministratore di sostegno Genitore esercente la potestà Procuratore

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

CHIEDE

di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti dal _____ al _____ al

Dossier Sanitario Elettronico, in particolare di conoscere l'indicazione della struttura/reparto e della data e ora dell'accesso.

Luogo, data _____

Firma _____

(firma estesa e leggibile)

Riservato all'ufficio:

Raccolta CARTACEA: operatoreDATA.....

FIRMA OPERATORE AULSS n. 5 Polesana

Inserimento nel database gestione accessi al Dossier: operatore

DATA.....

FIRMA OPERATORE AULSS n. 5 Polesana