REGIONE DEL VENETO

ULSS5 POLESANA

**RICHIESTA DI DE-OSCURAMENTO EVENTO CLINICO 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**

**CHIEDE**

**il de-oscuramento** dei dati relativi 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)