

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
OSCURAMENTO E DE-OSCURAMENTO DEI DATI E DOCUMENTI

Modulo per l'esercizio del diritto di oscuramento e de-oscuramento dei dati e documenti ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 del D.P.C.M. 29 settembre 2015, n. 178. Il presente modulo integra una delle modalità di esercizio del diritto di oscuramento come descritte nell'informativa FSE.

Io sottoscritto/a

Nome		Cognome	
Residenza			
Codice fiscale			

allego copia del documento di identità in corso di validità (barrare con una crocetta la tipologia di documento):

Passaporto Carta di identità Patente

N. Rilasciata da Data di scadenza (GG/MM/AA)/...../.....

Telefono e/o indirizzo di posta elettronica.....

Letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico,
 per proprio conto per conto dell'assistito di seguito indicato:

Nome		Cognome	
Residenza			
Codice fiscale			

esercitandone la **responsabilità** genitoriale

oppure

esercitandone la **rappresentanza legale**, in qualità di....., in forza del provvedimento del Giudice Tutelare di
..... R.G. numero del / /.....

(Tutti i campi sono obbligatori)

<input type="checkbox"/> ESERCITA IL DIRITTO ALL' OSCURAMENTO dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso il Codice identificativo del documento*	<input type="checkbox"/> ESERCITA IL DIRITTO AL DE-OSCURAMENTO dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso il Codice identificativo del documento*
---	--

Oppure

(da compilare **solo** in caso non si disponga del codice identificativo del documento)

Tipo di prestazione:	Tipo di prestazione:
Il sottoscritto è consapevole che, esercitando il diritto di oscuramento , i dati e documenti individuati con la presente richiesta saranno oscurati nell'ambito del FSE. Tali dati e documenti, pertanto, saranno consultabili attraverso il FSE solamente dal sottoscritto e dal soggetto che li genera.	Il sottoscritto è consapevole che, esercitando il diritto di de-oscuramento , i dati e documenti individuati con la presente richiesta saranno resi visibili nell'ambito del FSE a tutti i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale e Socio Sanitari regionali che interverranno nel percorso di cura, per il tempo strettamente necessario.

Luogo e data

....., / /

Firma e timbro per ricevuta

.....

<p>* Per codice ID del documento si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per le lettere di dimissione ospedaliera il N. nosologico oppure Numero SDO; • per il verbale di pronto soccorso il N. episodio oppure N. Verbale; • per il referto di anatomia patologica il N. esame; • per il verbale operatorio il N. di ricovero - qualsiasi altro codice univoco identificativo presente all'interno del documento. 	<p>SEZIONE RISERVATA AL PERSONALE AZIENDALE:</p> <p>L'invio del presente modulo è riservato esclusivamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e agli Uffici dei Distretti che dovranno trasmetterlo alla Regione del Veneto al seguente indirizzo e-mail: <i>consensofascicolo@regione.veneto.it</i>. Eventuali invii da parte dell'assistito non potranno essere elaborati dal sistema e non produrranno effetti.</p>
--	--