

## Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr) **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. n. 178 del 29 settembre 2015. Il presente modulo integra una delle modalità di esercizio del diritto di oscuramento come descritte nell'informativa FSEr.

Nome ..... Cognome .....

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Documento di identità ..... del quale si allega copia.

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

Letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e avendo prestato i relativi consensi al trattamento dei dati,

per proprio conto       per conto dell'assistito di seguito indicato:

Nome ..... Cognome .....

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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)

**ESERCITA IL DIRITTO ALL'OSCURAMENTO**  
dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso

Codice identificativo del documento\*

.....

**ESERCITA IL DIRITTO AL DE-OSCURAMENTO**  
dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso

Codice identificativo del documento\*

.....

**Oppure**

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

Data della 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 FSEr. Tali dati e documenti, pertanto, saranno consultabili attraverso il FSEr solamente dal sottoscritto e dal soggetto che li genera.

Data della prestazione

..... / ..... / .....

Tipo di prestazione

.....

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 FSEr 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

\* **Per codice ID del documento si intende:**

- 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 nel documento.

SEZIONE RISERVATA AL PERSONALE AZIENDALE

Modalità di invio del presente modulo: l'invio del presente modulo è riservato **esclusivamente all'Ufficio del Relazioni con il Pubblico e agli Uffici dei Distretti** che dovranno trasmetterlo alla Regione del Veneto al seguente indirizzo e-mail: [consensofascicolo@regione.veneto.it](mailto:consensofascicolo@regione.veneto.it). Eventuali invii da parte dell'assistito non potranno essere elaborati dal sistema e non produrranno effetti.