



Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSer)
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

Nome _____
Cognome _____
C.F. _____
Documento di identità n. _____
Telefono e/o e-mail _____

Letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali nel 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 potestà genitoriale *oppure*
☐ esercitandone la tutela, in qualità di _____, in forza del provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____ R.G. numero ____ del ____/____/____,

(tutti i campi sono obbligatori)

☐ ESERCITA IL DIRITTO DI <u>OSCURAMENTO</u> dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso	☐ ESERCITA IL DIRITTO DI <u>DE-OSCURAMENTO</u> dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso
Codice identificativo del documento* _____	Codice identificativo del documento* _____
Data della prestazione _____	Data della prestazione _____
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 FSer. Tali dati e documenti, pertanto, saranno consultabili attraverso il FSer 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 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

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 Distretto che dovrà trasmetterlo alla Regione del Veneto al seguente indirizzo e-mail: consensofascicolo@regione.veneto.it

Eventuali invii da parte dell'assistito non potranno essere elaborati dal sistema e non produrranno effetti.