

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

Il/La sottoscritto/a

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>	
<b>Residenza</b>			
<b>Codice Fiscale</b>			

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

Passaporto  Carta di identità  Patente

N. .... Rilasciato 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:

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>	
<b>Residenza</b>			
<b>Codice Fiscale</b>			

esercitandone la responsabilità genitoriale

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

oppure, in qualità di delegato/a dell'interessato/a (si allega delega, corredata da documento di identità del delegante)

<input type="checkbox"/> <b>ESERCITA IL DIRITTO ALL'OSCURAMENTO</b> Dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso il <b>Codice identificativo del documento*</b> ..... ..... oppure, <u>solo in caso non si disponga del codice identificativo</u> , da tipo e data prestazione ..... ..... <b>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 attraverso il FSE saranno pertanto consultabili solamente dall'interessato/a e dai soggetti che li hanno generati.</b>	<input type="checkbox"/> <b>ESERCITA IL DIRITTO AL DE-OSCURAMENTO</b> Dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso il <b>Codice identificativo del documento*</b> ..... ..... oppure, <u>solo in caso non si disponga del codice identificativo</u> , da tipo e data prestazione ..... ..... <b>Il sottoscritto è consapevole che, esercitando il diritto di de-oscuramento, i dati e documenti individuati con la presente richiesta saranno resi visibili (per il tempo strettamente necessario) attraverso il FSE a tutti i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale, compresi MMG, e Socio Sanitario regionali che interverranno nel vostro percorso di cura</b>
--	--

\*Per codice ID del documento si intende:

- Per le lettere di dimissione ospedaliera il N. nosologico
- Per il verbale di pronto soccorso il N. episodio;
- Per i referti l'identificativo della ricetta (NRE/RUR) o della prenotazione

Luogo, data e firma richiedente

Data, firma e timbro Azienda per ricevuta

<b>SEZIONE RISERVATA AL PERSONALE AZIENDALE:</b> Identificativo documento/i (documentUniqueld):..... Il presente modulo, integrato dell'identificativo documento/i oggetto di oscuramento/de-oscuramento, deve essere trasmesso alla Regione del Veneto all'indirizzo e-mail <a href="mailto:visibilitadocumenti@regione.veneto.it">visibilitadocumenti@regione.veneto.it</a> <b>esclusivamente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.</b> Eventuali invii da parte dell'assistito o mancanti dell'identificativo del documento non potranno essere elaborati dal sistema e non produrranno effetti.
--