



Alla Direzione Sanitaria della casa di cura Quisisana

RICHIESTA DI OSCURAMENTO DATI (REFERTI/EPISODI DI CURA)

Io sottoscritto/a

Nominativo _____

nato/a _____ il _____

C.F. _____

DICHIARO DI ESSERE

☐ Il diretto interessato

☐ L'esercente la potestà legale nei confronti di

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il _____

C.F. _____

CHIEDO

- ☐ L'oscuramento totale ovvero di tutti i dati inseriti nei sistemi informativi della casa di cura Quisisana per la condivisione dei dati tra il personale sanitario di diverse specializzazioni coinvolto nell'evento clinico presente e/o tramite accesso informatico ai propri eventi clinici pregressi;

CHIEDO

- ☐ L'oscuramento parziale ovvero dei soli dati indicati di seguito :

SONO CONSAPEVOLE

- che in caso di richiesta di oscuramento totale o parziale dei propri dati, il personale sanitario di reparto avrà accesso solo alle informazioni relative all'episodio per il quale l'interessato si è rivolto presso la Struttura nonché alle altre informazioni relative alle eventuali prestazioni sanitarie in passato erogate all'interessato dal medesimo reparto.
- che per l'oscuramento dei dati di cui sopra i tempi necessari sono di 7 (sette) giorni lavorativi a partire dall'accettazione della richiesta da parte della Direzione Sanitaria (esclusi il sabato, la domenica e le altre festività).
- che potrò richiedere il deoscuramento totale o parziale dei miei dati con le stesse modalità e tempistiche della presente richiesta .
- con la procedura di oscuramento i referti/episodi indicati non saranno più consultabili mediante la condivisione dei dati tra il personale sanitario di diverse specializzazioni coinvolto nell'evento clinico presente e/o tramite accesso informatico ai propri eventi clinici pregressi;
- e pertanto i clinici non avranno la possibilità di visionarli , nemmeno in caso di emergenza/urgenza .
- le false dichiarazioni , la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

Allego una copia di un documento di identità in corso di validità .

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____