



**RICHIESTA DI OSCURAMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO  
DI UN EVENTO CLINICO DI MINORE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, letta l'informativa nella quale è indicato che in  
ogni momento è possibile avanzare la richiesta di oscuramento dal Dossier Sanitario Elettronico di  
mio figlio/a di un determinato evento clinico, consapevole che la richiesta in questione comporterà  
l'impossibilità che l'evento sia visibile al personale sanitario autorizzato alla consultazione del  
Dossier Elettronico chiedo l'oscuramento del seguente evento clinico:

\_\_\_\_\_  
(indicazione dello specifico evento clinico di cui si chiede l'oscuramento)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nel caso di firma da parte di uno solo dei genitori, questi attesta sotto la propria responsabilità  
l'impossibilità a firmare da parte dell'altro genitore.

Il presente modulo può essere consegnato direttamente al Medico al momento dell'evento clinico  
(oscuramento ex ante) ovvero in un qualsiasi momento successivo all'evento (oscuramento ex post),  
inoltrandolo ad uno dei recapiti indicati nell'Informativa.