



**RICHIESTA DI OSCURAMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO
DI UN EVENTO CLINICO DELL'INTERESSATO**

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____, in qualità di:

- Tutore (Prov. n. _____ emesso da _____)

ovvero

- Amministratore di sostegno (Prov. n. _____ emesso da _____)

dell'Interessato

sig./ra _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____, letta
l'informativa nella quale è indicato che in ogni momento è possibile avanzare la richiesta di
oscuramento dal Dossier Sanitario Elettronico 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 dell'interessato, chiedo l'oscuramento del
seguito evento clinico:

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

Luogo e data _____

Firma _____

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.