



**REVOCA DI OSCURAMENTO**

**NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DELL'INTERESSATO DI UN EVENTO**

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 revoca di oscuramento dal Dossier Sanitario Elettronico di un determinato evento clinico, consapevole che la revoca in questione comporterà la possibilità che l'evento sia visibile al personale sanitario autorizzato alla consultazione del Dossier Elettronico dell'interessato.

**chiedo pertanto la revoca di oscuramento** del seguente/i evento/i clinico/i:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(indicazione dello specifico evento/i clinico/i di cui si chiede la revoca dell'oscuramento)

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

Firma \_\_\_\_\_