

OSCURAMENTO O DE-OSCURAMENTO PER DSE

Paziente: (cognome e nome) _____, nato/a a _____,
il ___/___/_____, residente a _____ in _____

per sé medesimo

Oppure

Il sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a a _____ il ___/___/_____, residente a _____
in _____, tel. _____
in qualità di _____ (specificare se genitore, tutore, amministratore di
sostegno, ecc.)

esercitando la rappresentanza legale del paziente di cui sopra

premesso che:

- il sottoscritto ha preso visione dell'informativa privacy, resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Ue 2016/679, relativa al Dossier sanitario elettronico (DSE) allegata al presente modulo, per il quale ha prestato esplicito consenso alla relativa formazione, disponibili anche nel sito ww.polifvg.it e presso tutti gli sportelli del Policlinico Triestino Spa e quindi di richiedere liberamente e consapevolmente i seguenti oscuramenti;
- il sottoscritto è stato informato ed è pienamente consapevole del fatto che le informazioni e i documenti di cui è stato chiesto l'oscuramento continueranno ad essere disponibili al professionista sanitario o alla struttura interna a Policlinico Triestino Spa che li ha raccolti o elaborati
- il sottoscritto ha compreso che l'oscuramento di un evento clinico può comportare la mancata disponibilità per gli operatori sanitari di un quadro clinico il più possibile completo della sua salute, o di quella della persona interessata, e questo potrebbe comportare esiti significativi, anche negativi, nel percorso di cura.
- il sottoscritto è stato informato che la richiesta di oscuramento è sempre revocabile;

tutto ciò premesso

il sottoscritto, nei termini suddetti,

CHIEDE

l'oscuramento

il de-oscuramento

dei dati relativi alla seguente prestazione sanitaria:
.....
.....

Data _____

Firma paziente _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Relativamente alla rappresentanza legale del paziente, il sottoscritto, consapevole delle conseguenze giuridiche previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2020 attesta di possedere la qualifica indicata in epigrafe.

Data _____

Firma _____