



RICHIESTA VISIONE DEGLI ACCESSI AL PROPRIO DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

(D. lgs. 196/2003; Linee Guida del Garante Privacy in tema di dossier sanitario del 4/6/2015)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
codice fiscale _____
telefono _____ e-mail _____

DICHIARO DI ESSERE

Il diretto interessato
 l'esercente la potestà legale nei confronti di: nome _____
cognome _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____
codice fiscale _____

avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata

CHIEDO

di conoscere quali siano stati gli accessi ai miei dati eseguiti sul Dossier Sanitario Elettronico (reparto/servizio che ha effettuato l'accesso, data e ora) nel periodo

dal _____ al _____

N.B.: la richiesta può riguardare accessi avvenuti nei due anni precedenti

SONO CONSAPEVOLE CHE

- 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). L'Azienda Ospedaliero-Universitaria effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

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

Data _____ firma (per esteso e leggibile) _____