

**Richiesta di Oscuramento Dati  
nel Dossier Sanitario**

Casa di cura Città di Bra

Parola chiave: *Oscuramento - Dossier  
Sanitario*

Rev. 01

del 23/06/2023

**LINEE GUIDA DEL GARANTE DELLA PRIVACY  
IN TEMA DI DOSSIER SANITARIO DEL 4/6/15**

Io sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI ESSERE**

- il diretto interessato
- l' esercente la potestà legale nei confronti di \_\_\_\_\_  
avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante dossier sanitario per me stesso/per  
la persona sopra indicata

**CHIEDO**

l'oscuramento all'interno del dossier sanitario del seguente referto/episodio di cura:

- referto ambulatoriale del \_\_\_\_\_
- referto di Pronto Soccorso del \_\_\_\_\_
- episodio di ricovero del \_\_\_\_\_
- tutti i referti di esami effettuati nel seguente intervallo temporale \_\_\_\_\_

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

con la procedura di oscuramento i referti/episodi indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del dossier sanitario e pertanto i clinici non avranno la possibilità di visionarli, nemmeno in caso di emergenza/urgenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)