

**MODULO DI OSCURAMENTO DEI DATI E DOCUMENTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO**  
**Regolamento U.E. 2016/679**

|  |
|--|
| Io sottoscritto (nome e cognome) _____                           |
| Nato a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____              |
| Residente a (comune, provincia) _____ via/piazza _____ cap _____ |
| <input type="checkbox"/> in proprio                              |

|  |
|--|
| Ovvero, in qualità di <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di (in tal caso allegare copia del documento di identità del dichiarante) |
| (nome e cognome) _____   |
| Nato a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____  |
| Residente a (comune, provincia) _____ via/piazza _____ cap _____   |

**CHIEDE**

l'**OSCURAMENTO** dei dati e dei documenti prodotti a seguito delle seguenti prestazioni (esame, visita, ricovero...):

|       |                         |                          |
|-------|-------------------------|--------------------------|
| _____ | , erogata in data _____ | presso (struttura) _____ |
| _____ | , erogata in data _____ | presso (struttura) _____ |
| _____ | , erogata in data _____ | presso (struttura) _____ |
| _____ | , erogata in data _____ | presso (struttura) _____ |
| _____ | , erogata in data _____ | presso (struttura) _____ |
| _____ | , erogata in data _____ | presso (struttura) _____ |
| _____ | , erogata in data _____ | presso (struttura) _____ |

**DICHIARO**

Di essere consapevole degli effetti che l'esercizio al diritto di oscuramento dei dati e documenti produrrà sul Fascicolo Sanitario Elettronico, come descritti nella normativa di riferimento e richiamati nell'Informativa ricevuta ai sensi degli art.li 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

*In caso di consegna da parte di terzi del presente Modulo, il soggetto incaricato, munito di un proprio documento di identità, deve presentarsi con delega e con fotocopia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.*

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma (per esteso)** \_\_\_\_\_

-----  
Spazio riservato all'ufficio

Modulo raccolto dall'operatore:

(nome e cognome)

in data

firma