SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Via Gramsci, 14 - 43126 Parma

N. _____/_____

RICHIESTA DI OSCURAMENTO E DEOSCURAMENTO DATI NEL *DOSSIER* SANITARIO ELETTRONICO - DSE

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (U.R.P.) VIA GRAMSCI, 14 – 43126 PARMA –
Fax 0521.702617 – Email: urp@ao.pr.it - PEC: protocollo@cert.ao.pr.it

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____ residente a _____

(cap._____) via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

IN QUALITÀ DI:

□ **a)** diretto interessato (intestatario del Dossier Sanitario Elettronico - DSE)
□ **b)**[1] esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore: _____
□ **c)**[2] legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di: _____

NB allegare: 1) modulo debitamente compilato di dichiarazione sostitutiva di certificazione (caso b); 2) (caso c) presentare documentazione dell'Autorità

CHIEDE

(barrare la casella che interessa)

L'OSCURAMENTO ALL'INTERNO DEL DSE DEL SEGUENTE REFERTO/EPISODIO DI CURA:

□ a) referto ambulatoriale del _____ presso _____
□ b) referto di Pronto Soccorso del _____
□ c) ricovero del _____

□ d) referti di esami effettuati dal _____ al _____

CONSAPEVOLE CHE con la procedura di OSCURAMENTO i referti/ricoveri non saranno più consultabili mediante il Dossier Sanitario Elettronico (DSE) e che pertanto i sanitari non avranno più la possibilità di visionarli, nemmeno in caso di emergenza/urgenza.

CHIEDE

(barrare la casella che interessa)

IL DEOSCURAMENTO ALL'INTERNO DEL DSE DEL SEGUENTE REFERTO/EPISODIO DI CURA:

□ a) referto ambulatoriale del _____ presso _____
□ b) referto di Pronto Soccorso del _____
□ c) ricovero del _____

□ d) referti di esami effettuati dal _____ al _____

- Il sottoscritto è **consapevole delle sanzioni penali ed amministrative** previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Il sottoscritto dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del succitato D.P.R.

- Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 (c.d. GDPR), che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti anche con strumenti automatizzati e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Titolare del trattamento, con sede in Via Gramsci, 14 – 43126 Parma. I dati personali sono trattati in osservanza della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali da personale appositamente autorizzato, tenuto al segreto d'ufficio e professionale, nel pieno rispetto dei principi di liceità, sicurezza, correttezza, riservatezza, trasparenza, necessità, pertinenza, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati. Oggetto di trattamento possono essere anche i dati personali di altri soggetti forniti dall'istante. Il trattamento viene effettuato, sulla base del consenso da Lei espresso all'attivazione del DSE, per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione, anche amministrativa , dell'istanza, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I dati personali sono conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono raccolti, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge o di regolamento, tenuto conto anche di quanto previsto dal Massimario di scarto dei documenti d'archivio. I Suoi dati non saranno diffusi ma potranno essere comunicati nei soli casi previsti dalla legge, a soggetti pubblici che agiscono come Titolari autonomi. L'Azienda si avvale di soggetti pubblici o privati in rapporto contrattuale, nominati Responsabili del trattamento (esempio: gestori e manutentori di piattaforme informatiche). Il conferimento dei dati è obbligatorio e il rifiuto comporterà l'impossibilità di dare seguito alla richiesta avanzata. L'Interessato potrà esercitare il diritto di ottenere l'accesso ai suoi dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti e, nei casi stabiliti dalla Legge o da regolamento, la limitazione, la cancellazione o l'opposizione al trattamento, indirizzando apposita istanza al Responsabile della Protezione dei Dati Personali (c.d. RPD o DPO), tramite email: dpo@ao.pr.it o tramite l'URP, via Gramsci, 14 -43126 Parma. L'interessato ha altresì diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali qualora ritenga che i suoi dati personali siano trattati in violazione della normativa vigente.

Parma, _____

Firma dell'interessato

_____

allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma
Via Gramsci, 14 - 43126 Parma

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato.

Cognome e nome operatore_____ **Firma leggibile operatore_____**

Parma, _____ **Firma dell'interessato**

_____

allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato