



**SI RICORDA CHE L'ASSISTITO HA LA POSSIBILITÀ DI ESERCITARE IL DIRITTO DI OSCURAMENTO E DE - OSCURAMENTO, ANCHE IN UN MOMENTO SUCCESSIVO ALL'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE, ACCEDENDO IN AUTONOMIA ALL'APPOSITA FUNZIONALITÀ RESA DISPONIBILE NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO.**

Protocollo n° ..... del.....

**Oggetto:** Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - oscuramento e de-oscuramento dei dati e documenti

Il/La sottoscritto/a

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>	
<b>Residenza</b>			
<b>Codice Fiscale</b>			

Si allega copia del documento di identità in corso di validità (barrare con una crocetta la tipologia di documento):

Passaporto

Carta di identità

Patente

N. .... Rilasciato da ..... Data di scadenza (GG/MM/AA)...../...../.....

Telefono e/o indirizzo di posta elettronica.....

Letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali [del Fascicolo Sanitario Elettronico](#),

Per proprio conto

Per conto dell'assistito di seguito indicato:

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>	
<b>Residenza</b>			
<b>Codice Fiscale</b>			

esercitandone la responsabilità genitoriale

oppure, esercitandone la rappresentanza legale, in qualità di....., in forza del provvedimento del Giudice Tutelare di..... R.G. numero ..... del...../...../.....

oppure, in qualità di delegato/a dell'interessato/a (si allega delega, corredata da documento di identità del delegante)

<input type="checkbox"/> <b>ESERCITA IL DIRITTO ALL'OSCURAMENTO</b>  Dei dati e documenti di seguito individuato/i ..... ..... ..... .....  Il sottoscritto è consapevole che, esercitando il <b>diritto di oscuramento</b> , i dati e documenti individuati con la presente richiesta saranno oscurati nell'ambito del FSE. Tali dati e documenti attraverso il FSE saranno pertanto consultabili solamente dall'interessato/a e dai soggetti che li hanno generati.	<input type="checkbox"/> <b>ESERCITA IL DIRITTO AL DE-OSCURAMENTO</b>  Dei dati e documenti di seguito individuato/i ..... ..... ..... .....  Il sottoscritto è consapevole che, esercitando il <b>diritto di de-oscuramento</b> , i dati e documenti individuati con la presente richiesta saranno resi visibili (per il tempo strettamente necessario) attraverso il FSE a tutti i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale, compresi MMG, e Socio Sanitario regionali che interverranno nel vostro percorso di cura
---	---