

RICHIESTA DI OSCURAMENTO

NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI UN EVENTO CLINICO DEL MINORE*

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____, in
qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore
_____ nato/a _____ il _____, letta
l'informativa suindicata nella quale è indicato che in ogni momento è possibile avanzare la richiesta di
oscuramento dal Dossier Sanitario Elettronico di mio figlio/a di un determinato evento clinico,
consapevole che la richiesta in questione comporterà l'impossibilità che l'evento sia visibile al
personale sanitario autorizzato alla consultazione del Dossier Elettronico; chiedo l'oscuramento del
seguito evento clinico:

(indicazione dello specifico evento clinico di cui si chiede l'oscuramento)

Luogo e data _____

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

Il presente modulo può essere consegnato direttamente al Medico al momento dell'evento clinico
(oscuramento ex ante) ovvero in un qualsiasi momento successivo all'evento (oscuramento ex
post), inoltrandolo ad uno dei recapiti indicati nell'Informativa.

* i pazienti minorenni che abbiano compiuto 16 anni possono firmare personalmente il presente modulo di richiesta di
oscuramento.