



**AZIENDA OSPEDALIERA
ORDINE MAURIZIANO DI
TORINO**

DOSSIER SANITARIO MODULO PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI

Io Sottoscritto

COGNOME			
NOME			
Nato/a a	_____ Prov.	In data	___/___/___
Codice Fiscale			

[EVENTUALE] in qualità di *medico curante genitore amministratore di sostegno tutore curatore altro del Paziente* ("Rappresentato")

COGNOME			
NOME			
Nato/a a	_____ Prov.	In data	___/___/___
Codice Fiscale			

DICHIARO

- di essere consapevole delle sanzioni penali previste per dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 76 d.P.R. 445/2000);
- di aver letto l'atto di informazione dell'Azienda Ospedaliera "Ordine Mauriziano" di Torino sul trattamento dei dati personali dei pazienti, ed in particolare, la sezione dedicata ai diritti dell'Interessato;
- di aver preso atto che: "**dato personale**" è "*qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile*"; "**interessato**" è la persona fisica a cui si riferiscono i dati personali; "**Dossier Sanitario**" è l'insieme dei dati personali generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'interessato, messi in condivisione logica dai professionisti sanitari che lo assistono, al fine di documentarne la storia clinica e di offrirgli un migliore processo di cura (cfr. "Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e di dossier sanitario" del 16 luglio 2009, consultabili sul sito www.gpdp.it, doc. web n. 1634116, e aggiornamento del 4 giugno 2015 - doc. web 4084632).

RICHIEDO

[BARRARE UNA SOLA CASELLA PER CIASCUN MODULO]

- la REVOCA DEL CONSENSO** all'alimentazione del Dossier Sanitario (avendo prestato il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario, personalmente o in nome e per conto del Rappresentato) **con nuovi esami o con nuovi referti.**
- l'OSCURAMENTO** delle seguenti informazioni sanitarie relative a me stesso il Rappresentato:
 - referto ambulatoriale del
 - referto di Pronto Soccorso del
 - episodio di cura (ricovero / day hospital) del
 - altro del

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE del fatto che:

- con l'oscuramento i referti/episodi di cura sopra indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario e pertanto i medici che mi prenderanno in cura in reparti non avranno la possibilità di visionarli, nemmeno in caso di emergenza/urgenza;
- i soggetti abilitati all'accesso non potranno venire automaticamente a conoscenza del fatto che ho effettuato tale scelta (c.d. "*oscuramento dell'oscuramento*");



**AZIENDA OSPEDALIERA
ORDINE MAURIZIANO DI
TORINO**

- l'oscuramento è revocabile in qualunque momento.

- la **REVOCA DELL'OSCURAMENTO** a soggetti/reparti diversi da quelli che li hanno prodotti, delle seguenti informazioni sanitarie relative a me stesso il Rappresentato:

referto ambulatoriale del

referto di Pronto Soccorso del

episodio di cura (ricovero / day hospital) del

altro del

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE del fatto che:

- la revoca dell'oscuramento comporta che gli eventi clinici precedentemente oscurati torneranno ad essere visibili;
- posso decidere di oscurare nuovamente uno o più eventi clinici in qualunque momento.

- di poter prendere **VISIONE DEGLI ACCESSI** al Dossier Sanitario eseguiti dal.....al; in particolare, chiedo l'indicazione della struttura/reparto e della data e ora in cui è avvenuto l'accesso (n.b.: i dati relativi agli accessi al Dossier Sanitario sono conservati, così come previsto dalle "Linee Guida", almeno per 24 mesi, dopo di che vengono cancellati).

Luogo e data

Firma leggibile

Riservato all'ufficio:

Raccolta cartacea:

Matricola Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione oscuramenti:

Matricola Operatore _____ n. progressivo _____ Data _____

firma operatore _____