



**AZIENDA OSPEDALIERA
ORDINE MAURIZIANO DI TORINO**
Servizio Sanitario Nazionale – Regione Piemonte

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

la **CANCELLAZIONE DI TUTTI I MIEI DATI SANITARI** contenuti nel Dossier Sanitario

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE del fatto che:

- con la cancellazione dei dati, 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 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;
- la cancellazione dei dati NON è revocabile

Luogo e data

Firma leggibile

*è necessario allegare al presente modulo un documento d'identità fronte/retro



**AZIENDA OSPEDALIERA
ORDINE MAURIZIANO DI TORINO**
Servizio Sanitario Nazionale – Regione Piemonte

Riservato all'ufficio:

Raccolta cartacea:

Matricola Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione oscuramenti:

Matricola Operatore _____ n. progressivo _____ Data _____

firma operatore _____