



Gestione Fascicolo Sanitario Elettronico

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via/piazza _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento d'identità n° _____ rilasciato da _____ il _____
Indirizzo email _____ n. cellulare _____

necessita di effettuare le seguenti richieste:

- consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte di operatori sanitari per finalità di cura
 - consenso**
 - revoca**

- recupero delle informazioni/visite/referti relative al pregresso
 - consenso**
 - revoca**

- consultazione degli accessi al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico

- variazione dei propri dati di contatto (indicare di seguito i nuovi dati):

- richiede di **oscurare** **de-oscurare**

Il documento n. _____ risalente alla data del _____

Luogo e data

Firma

Il paziente dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico (art. 13 RGPD 2016/679) affisso nei locali aziendali e disponibile nella sezione "privacy" del sito web istituzionale.

Luogo e data

Firma

Allegare:

tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità