

**A.I.A.S.**  
**Associazione Italiana Assistenza Spastici**

ENTE RICONOSCIUTO GIURIDICAMENTE CON DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA N.1070 DEL 28/05/1968 Sezione di

San Filippo del Mela – O.N.L.U.S.

cod. Fiscale 01952490835

Partita I.V.A. 02142110838

**MOD.F**

**RICHIESTA DI OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO INFORMAZIONI SANITARIE NEL  
DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità)

Tutore     Legale Rappresentante     Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale     Altro \_\_\_\_\_

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

Avendo prestato il consenso al trattamento dei miei dati personali e particolari o di quelli della persona sopra indicata tramite costituzione del Dossier Sanitario Elettronico;

**CHIEDO L'OSCURAMENTO DELLE INFORMAZIONI RESE:**

IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'OPERATORE \_\_\_\_\_

IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'OPERATORE \_\_\_\_\_

**CHIEDO IL DEOSCURAMENTO DELLE INFORMAZIONI RESE:**

IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'OPERATORE \_\_\_\_\_

IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'OPERATORE \_\_\_\_\_

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

- con la procedura di oscuramento l'informazione/le informazioni indicata/e non sarà/saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto sarà/saranno visionabili solo dal professionista sanitario che l'ha/le ha raccolta/e o redatta/e.
- Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Alla consegna presentarsi con un documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

**Riservato all'ufficio**

Raccolta cartacea: Operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE E AMMINISTRAZIONE C.da Donnamiata s.n – 98044 San Filippo del Mela (ME)

Tel. 090.93.06.66 – fax 090.93.92.651; [amm.aias.sfm@gmail.com](mailto:amm.aias.sfm@gmail.com) / [aiassanfilippodelmela@pec.it](mailto:aiassanfilippodelmela@pec.it)