



A . I . A . S .

Associazione Italiana Assistenza Spastici

ENTE RICONOSCIUTO GIURIDICAMENTE CON DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA N. 1070 DEL 26 MAGGIO 1968

Sotto l'alto Patronato del Presidente della Repubblica

Sezione di Barcellona P.G. "Giorgio Genovese" - O.N.L.U.S.

Mod. C

**RICHIESTA VISIONE DEGLI ACCESSI AL PROPRIO DOSSIER SANITARIO
ELETTRONICO**

(D.Lgs. 196/2003; Linee Guida del Garante Privacy del 04 giugno 2015)

Io sottoscritto (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

di (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

**Avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili mediante il
Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata**

CHIEDO

di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti sul Dossier Sanitario Elettronico
(reparto/servizio/soggetto, data e ora, operazione effettuata) nel periodo da _____ a

N.B. La richiesta può riguardare gli accessi avvenuti nei due anni precedenti alla richiesta.

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000).

_____ luogo e data

_____ firma (estesa e leggibile)

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

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione consensi:

Operatore _____ Data _____ Firma operatore _____