



**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. D**

**RICHIESTA INSERIMENTO DATI SUPERSENSIBILI NEL 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**

l'inserimento all'interno del Dossier Sanitario Elettronico di informazioni relative a prestazioni sanitarie soggette a maggior tutela\* che la struttura sanitaria di propria iniziativa non inserisce nei dossier e contenute in:

referto: \_\_\_\_\_

episodio di ricovero: \_\_\_\_\_

colloquio: \_\_\_\_\_

\*Si tratta di dati relativi alle infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria di gravidanza o che decidono di partorire in anonimato, ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, ai servizi offerti dai consultori familiari.

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

- con tale richiesta l'informazione/le informazioni sopra indicata/e sarà/saranno consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico da parte di tutto il personale sanitario che avrà necessità di accedervi per motivi di cura.
- 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 \_\_\_\_\_