



*Azienda Ospedaliera di Perugia*

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

Io sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili mediante il Dossier Sanitario Elettronico**

### **CHIEDO**

**di conoscere** quali siano stati gli accessi eseguiti al mio Dossier Sanitario Elettronico (struttura/servizio che ha effettuato l'accesso, data e ora) nel periodo da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### **SONO CONSAPEVOLE CHE**

la richiesta può riguardare solo accessi avvenuti nei **24 mesi** precedenti

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

**Si allega copia di documento di identità in corso di validità**

