



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

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 _____

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 Testo Unico sulla documentazione amministrativa)

DICHIARO DI ESSERE

☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Esercente la potestà genitoriale ☐ Curatore

☐ Altro (specificare) _____

DI

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili mediante il Dossier Sanitario Elettronico per la persona sopra indicata

CHIEDO

di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti al Dossier Sanitario Elettronico della sopra indicata persona (reparto/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.

