Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr) **OSCURAMENTO E DE-OSCURAMENTO DEI DATI E DOCUMENTI**

Modulo per l'esercizio del diritto di oscuramento e de-oscuramento dei dati e documenti ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 del D.P.C.M. n. 178 del 29 settembre 2015. Il presente modulo integra una delle modalità di esercizio del diritto di oscuramento come descritte nell'informativa FSEr.

Nome ..... **Cognome** .....

C.F.

Documento di identità ..... del quale si allega copia.

Telefono e/o indirizzo di posta elettronica .....

Letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e avendo prestato i relativi consensi al trattamento dei dati,

☐ per proprio conto ☐ per conto dell'assisitito di seguito indicato:

Nome ..... **Cognome** .....

C.F.

☐ esercitandone la responsabilità genitoriale *oppure*

☐ esercitandone la rappresentanza legale, in qualità di ....., in forza del provvedimento

del Giudice Tutelare di ..... R.G. numero ..... del ..... / ..... /.....

(Tutti i campi sono obbligatori)

☐ **ESERCITA IL DIRITTO ALL'OSCURAMENTO**

dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso

Codice identificativo del documento*

.....

☐ **ESERCITA IL DIRITTO AL DE-OSCURAMENTO**

dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso

Codice identificativo del documento*

.....

Oppure

(da compilare solo in caso non si disponga del codice identificativo del documento)

Data della prestazione

..... / ..... /.....

Tipo di prestazione

.....

Il sottoscritto è consapevole che, esercitando **il diritto di oscuramento**, i dati e documenti individuati con la presente richiesta saranno oscurati nell'ambito del FSEr. Tali dati e documenti, pertanto, saranno consultabili attraverso il FSEr solamente dal sottoscritto e dal soggetto che li genera.

Data della prestazione

..... / ..... /.....

Tipo di prestazione

.....

Il sottoscritto è consapevole che, esercitando **il diritto di de-oscuramento**, i dati e documenti individuati con la presente richiesta saranno resi visibili nell'ambito del FSEr a tutti i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale e Socio Sanitari regionali che interverrano nel percorso di cura, per il tempo strettamente necessario.

Luogo e data _____, ... / ..... /.....

Firma e timbro per ricevuta

_____

* **Per codice ID del documento si intende:**
- per le lettere di dimissione ospedaliera il N. nosologico oppure Numero SDO
- per il verbale di pronto soccorso il N. episodio oppure N. Verbale
- per il referto di anatomia patologica il N. esame
- per il verbale operatorio il N. di ricovero
- qualsiasi altro codice univoco identificativo presente nel documento.

SEZIONE RISERVATA AL PERSONALE AZIENDALE

Modalità di invio del presente modulo: l'invio del presente modulo è riservato **esclusivamente all'Ufficio del Relazioni con il Pubblico e agli Uffici dei Distretti** che dovranno trasmetterlo alla Regione del Veneto al seguente indirizzo e-mail: consensofascicolo@regione.veneto.it Eventuali invii da parte dell'assistito non potranno essere elaborati dal sistema e non produrranno effetti.