

RICHIESTA DI OSCURAMENTO DI EVENTO CLINICO SUL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Il/La sottoscritto/a ¹ _____

nato/a a _____ (_____)

il _____, C.F. _____

in nome proprio

esercitando la rappresentanza legale sull'assistito in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno)

del/della Sig / Sig ra / minore _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via/ Piazza _____

Chiede che l'evento clinico effettuato in data

qui di sotto meglio individuato

NON SIA RESO VISIBILE SUL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Il/La sottoscritto/a è comunque consapevole che in ogni momento potrà revocare la richiesta di oscuramento dell'evento clinico, consentendo ai professionisti sanitari dell'azienda Sanitaria Locale 3 Genovese di poterlo visionare per una migliore cura.

Genova, ___/___/___

Firma dell'interessato

.....

1 A cura dell'operatore incaricato:

Identificato l'interessato a mezzo C.I./Pat.....n.....

Rilasciata dail.....

Firma dell'operatore incaricato