

**ISTANZA DI OSCURAMENTO PER SINGOLO EPISODIO RELATIVAMENTE  
AL DOSSIER SANITARIO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

Doc. di identità \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(barrare la casella che interessa)

diretto interessato

genitore esercente la potestà

tutore/amministratore di sostegno

procuratore

ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, e preso atto dei diritti riconosciutigli dall'art. 7 del predetto decreto, **con la sottoscrizione del presente modulo**

**INTENDE**

**esercitare il diritto all'oscuramento relativamente al seguente episodio:**

Cognome e Nome (se diverso dall'interessato) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**TIPO EPISODIO**

Esame diagnostico (specificare: esame di laboratorio, radiologia, visita specialistica)

Ricovero ordinario / DH

Accesso di Pronto Soccorso

**DATA EPISODIO**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (in caso di ricovero specificare la data di ammissione)

Benevento, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03**

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Benevento, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_