



ISTANZA DI VISIONE DEGLI ACCESSI
al Dossier Sanitario Elettronico

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ____/____/____ C.F. _____ residente a _____
via _____ n. _____ tel. _____ e-mail: _____

in qualità di diretto interessato

in qualità di esercente la potestà legale

di _____ nato a _____ il ____/____/____
C.F. _____ residente a _____
in via _____ n. _____

intendendo esercitare i diritti che la legge consente, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

CHIEDE

avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata, di conoscere gli accessi eseguiti al dossier sanitario elettronico (struttura/reparto che ha effettuato l'accesso, data e ora) nel periodo da _____ a _____

N.B.: LA RICHIESTA PUÒ AVERE AD OGGETTO ACCESSI AVVENUTI NEI DUE ANNI PRECEDENTI L'ATTIVAZIONE DEL DSE

A tal fine, **allega copia del documento di identità** e chiede di ricevere tali informazioni tramite:

- E-MAIL ALL'INDIRIZZO SOPRA INDICATO
- CONSEGNA A MANI, PREVIO APPUNTAMENTO FISSATO CON GLI UFFICI COMPETENTI

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Regolamento UE 2016/679, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è rinvenibile sul sito www.ausl.pr.it, sezione privacy.

Luogo e data

Firma
