



## **RICHIESTA VISIONE DEGLI ACCESSI AL PROPRIO DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

GDPR (UE) 2016/679; D. lgs. 196/2003; Linee Guida del Garante Privacy in tema di dossier sanitario del 4/6/2015

Io sottoscritto/a

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### **DICHIARO DI ESSERE**

Il diretto interessato

l'esercente la responsabilità legale nei confronti di

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata**

### **CHIEDO**

di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti sul Dossier Sanitario Elettronico (reparto/servizio che ha effettuato l'accesso, data e ora) nel periodo da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

N.B.: la richiesta può riguardare accessi avvenuti **nei due anni precedenti**

### **SONO 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). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

**Allego una copia di un documento di identità in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_ firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_