

**FASCICOLO RADIOLOGICO ELETTRONICO INTERAZIENDALE "FREI"
RICHIESTA /REVOCA OSCURAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto: Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ___/___/___ Sesso M ___ F ___ Nato a _____ e residente a _____
in Via/P.zza _____

Consapevole che:

- a garanzia del diritto di riservatezza, vi è la possibilità di poter oscurare taluni dati sanitari che mi riguardano consultabili mediante Dossier e/o Fascicolo Radiologico Elettronico e che l'Oscuramento, inoltre, potrà avvenire con modalità tali da garantire che i soggetti abilitati all'accesso non possano venire a conoscenza della scelta effettuata (Oscuramento dell'Oscuramento);
- in caso di Oscuramento il Personale Sanitario **non potrà avere a disposizione in forma completa** le informazioni sanitarie che mi riguardano necessarie alla cura della mia salute;
- in qualsiasi momento potrò chiedere la revoca dell'Oscuramento dei miei dati sanitari, rendendoli nuovamente consultabili al Personale Sanitario,

In merito alla specifica prestazione sanitaria _____ effettuata il ___/___/___

**Non Autorizzo
l'Oscuramento**

**Autorizzo
l'Oscuramento**

**Non Autorizzo
l'Oscuramento dell'Oscuramento**

**Autorizzo
l'Oscuramento dell'Oscuramento**

**Non Autorizzo
la revoca dell'Oscuramento**

**Autorizzo
la revoca dell'Oscuramento**

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Il presente modulo potrà essere consegnato a qualsiasi sportello di accettazione delle Radiodiagnostiche Aziendali previo riconoscimento da parte del personale addetto all'accettazione ovvero potrà essere inviato, congiuntamente a copia di Documento di Riconoscimento, a mezzo posta elettronica all'indirizzo pec-aoupisana@legalmail.it o a mezzo posta all'indirizzo **Via Roma n. 67 - 56126 Pisa**