

## RICHIESTA DI OSCURAMENTO

### NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI UN EVENTO CLINICO DEL MINORE\*

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, in  
qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, letta  
l'informativa suindicata nella quale è indicato che in ogni momento è possibile avanzare la richiesta di  
oscuramento dal Dossier Sanitario Elettronico di mio figlio/a di un determinato evento clinico,  
consapevole che la richiesta in questione comporterà l'impossibilità che l'evento sia visibile al  
personale sanitario autorizzato alla consultazione del Dossier Elettronico; chiedo l'oscuramento del  
seguito evento clinico:

\_\_\_\_\_

(indicazione dello specifico evento clinico di cui si chiede l'oscuramento)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Il presente modulo può essere consegnato direttamente al Medico al momento dell'evento clinico  
(oscuramento ex ante) ovvero in un qualsiasi momento successivo all'evento (oscuramento ex  
post), inoltrandolo ad uno dei recapiti indicati nell'Informativa.

\* i pazienti minorenni che abbiano compiuto 16 anni possono firmare personalmente il presente modulo di richiesta di  
oscuramento.