

REVOCA 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
revoca di oscuramento dal Dossier Sanitario Elettronico di mio figlio/a di un determinato evento
clinico, consapevole che la revoca in questione comporterà la possibilità che l'evento sia visibile al
personale sanitario autorizzato alla consultazione del Dossier Elettronico; chiedo la revoca di
oscuramento del seguente/i evento/i clinico/i:

(indicazione dello specifico evento clinico di cui si chiede la revoca dell'oscuramento)

Luogo e data _____

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

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