



COMPILARE IN STAMPATELLO CHIARO E LEGGIBILE – SPUNTARE LE CASELLE DI INTERESSE

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO INTERESSATO

IO SOTTOSCRITTO/A

☐ **Paziente**

Interessato*

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____ Luogo di nascita _____ Pr. _____ C.F. _____

Luogo di residenza _____ Indirizzo _____ Pr. _____ CAP _____

☐ **Padre**

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____ Luogo di nascita _____ Pr. _____ C.F. _____

Luogo di residenza _____ Indirizzo _____ Pr. _____ CAP _____

☐ **Madre**

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____ Luogo di nascita _____ Pr. _____ C.F. _____

Luogo di residenza _____ Indirizzo _____ Pr. _____ CAP _____

☐ **Legale**

☐ **Tutore**

☐ **Curatore**

☐ **Amministratore di Sostegno**

Rappresentante

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____ Luogo di nascita _____ Pr. _____ C.F. _____

Luogo di residenza _____ Indirizzo _____ Pr. _____ CAP _____

*Obbligatorio; se il soggetto è minorenne o non in grado di esprimere il proprio consenso compilare anche i campi successivi (Padre, Madre, Rappresentante Legale). In caso di singolo rappresentante legale, sono sufficienti i dati dello stesso. In caso di assenza di un genitore, l'altro firma l'autocertificazione in calce al modulo (ai sensi dell'articolo 317 del C.C.).

DICHIARO DI ESSERE INFORMATO E CONSAPEVOLE

- **CHE** la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza, Titolare del Trattamento (di seguito anche "Ospedale" o "Fondazione"), in conformità con la vigente normativa in materia di Protezione dei Dati Personali ha implementato nel proprio Sistema Informatico il **Dossier Sanitario Elettronico** (di seguito anche "DSE") per migliorare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ed offrire ai propri Assistiti il più efficiente ed efficace percorso di cura.
- **CHE** il **DSE**, quale strumento con cui sono raccolti in formato digitale i dati e i documenti clinici relativi alle prestazioni sanitarie erogate agli Assistiti (gli Interessati) in occasione dei loro episodi di cura in Ospedale, permette di documentare e rendere disponibile agevolmente la storia clinica di ciascun Assistito ai sanitari che devono prendersene cura.
- **CHE** l'Ospedale è tenuto a garantire la possibilità all'Assistito (all'Interessato) di non far confluire nel DSE le informazioni sanitarie che il medesimo interessato non approvi: in questo caso l'Assistito esercita il **diritto di «oscuramento»**;
- **CHE a seguito dell'«oscuramento»** le informazioni e i documenti sanitari riferiti agli eventi di cura dell'Assistito, pur non confluendo nel DSE, restano comunque disponibili ai soli professionisti sanitari o alla struttura interna dell'Ospedale che li ha gestiti (ad es. un referto prodotto da un professionista sanitario resterà nella disponibilità del medesimo professionista che lo ha redatto, ovvero una cartella clinica sarà accessibile alla U.O. che l'ha generata);
- **CHE la procedura di «oscuramento»** richiesta dall'Assistito (dall'Interessato o dal Suo Rappresentante Legale) non è in alcun modo evidenziata nel Sistema Informatico per cui l'operatore dell'Ospedale che accede al DSE non può rendersi conto del fatto che sia stato esercitato tale diritto (applicazione del diritto di oscuramento dell'oscuramento).
- **CHE** l'Ospedale in conformità a quanto previsto dalla normativa di settore ha comunque l'obbligo di conservare le informazioni e la documentazione clinica relative all'evento «oscurato»;
- **CHE a seguito della PROCEDURA DI OSCURAMENTO** le informazioni e i documenti sanitari riferiti agli eventi di cura dell'Assistito (dell'Interessato), non saranno consultabili accedendo al Dossier Sanitario Elettronico (DSE) e pertanto i sanitari non avranno la possibilità di visionarli, nemmeno in caso di emergenza/urgenza;
- **CHE** l'Assistito (l'Interessato) o un Suo Rappresentante Legale ha diritto in qualunque momento di chiedere l'«oscuramento» o revocare l'«oscuramento» del DSE o di alcuni eventi in esso iscritti;
- **CHE** l'Assistito (l'Interessato) o un Suo Rappresentante Legale ha possibilità di essere informato sul trattamento dei dati personali consultando le informazioni affisse nei punti di accettazione dell'Ospedale e accedendo al sito www.operapadrepio.it/privacy, potendo esercitare i diritti privacy scrivendo a privacy@operapadrepio.it allegando copia fronte-retro di un proprio documento di identità



Codice Documento	Revisione	Data emissione	Emesso	N. Pagina
MO-OSCURAMENTO_REVOCA-DSE	02	01/10/2023	Direzione Sanitaria Affari Generali, Legali, Contratti e Tutela della Privacy	1 di 2



FONDAZIONE
"Casa Sollievo della Sofferenza"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Opera di San Pio da Pietrelcina
Viale Cappuccini - 71013 San Giovanni Rotondo (FG)

**RICHIESTA OSCURAMENTO
RICHIESTA REVOCA OSCURAMENTO
DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO
DSE**

Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - Reg.(UE) 2016/679 (GDPR) - D. Lgs.196/2003 e s.m.i.
Linee guida in materia di Dossier Sanitario - 4/6/2015 Garante Privacy

COMPILARE IN STAMPATELLO CHIARO E LEGGIBILE – SPUNTARE LE CASELLE DI INTERESSE

RICHIESTA DEL SOGGETTO INTERESSATO

IL SOTTOSCRITTO/A (Dati anagrafici completi a pagin a 1 di 2)

Cognome _____ Nome _____
N. Cellulare _____ e-mail _____

INFORMATO RIGUARDO ALL'OSCURAMENTO DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE) E RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DA PARTE DELLA FONDAZIONE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA (PROPRIA DICHIARAZIONE A PAG. 1 DI 2)

- ☐ CHIEDE L'OSCURAMENTO DEL DSE
☐ CHIEDE REVOCA DELL'OSCURAMENTO DEL DSE

☐ CHIEDE L'OSCURAMENTO DEI SEGUENTI EPISODI DI CURA NEL DSE

DATA ACCESSO	REPARTO / SERVIZIO

☐ CHIEDE REVOCA DELL'OSCURAMENTO DEI SEGUENTI EPISODI DI CURA NEL DSE

DATA ACCESSO	REPARTO / SERVIZIO

ALLEGA

Documento identità: _____ Scadenza _____

Luogo _____ Data _____ Firma¹ dell'Interessato o del suo Legale Rappresentante _____

RISERVATO DIREZIONE SANITARIA

¹ L'interessato, ovvero il Rappresentante Legale, allega copia fronte-retro di un proprio documento di identità in corso di validità e firma ai sensi del D.P.R. 445/2000