

Mod. B

DOSSIER SANITARIO - RICHIESTA DI OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO DI EVENTI/EPISODI

Preso atto dell'informativa sul *Dossier sanitario elettronico* di cui all'art. 13 del GDPR EU 2016/679, di cui il presente modulo costituisce parte integrante,

il sottoscritto _____, nato a _____, il _____,
residente in _____ (Provincia _____), Via _____,
N° _____, CAP _____, tel. _____

in qualità di

Interessato

oppure

Esercente la potestà di genitore del minore (è necessario il consenso congiunto di entrambi i genitori)

Padre _____, nato a _____, il _____, residente _____

Madre _____, nata a _____, il _____, residente _____

Amministratore di sostegno dell'incapace naturale/rappresentante legale _____, nato
a _____, il _____, residente in _____

CHIEDE L'OSCURAMENTO DEI SEGUENTI EVENTI/EPISODI:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

CHIEDE IL DEOSCURAMENTO DEI SEGUENTI EVENTI/EPISODI:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

luogo e data

firma (estesa e leggibile)