



Spettabile
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Alla C.A. Ufficio Privacy
privacy@asufc.sanita.fvg.it

**Richiesta visione degli accessi al proprio Dossier sanitario elettronico
(Linee Guida Garante privacy in tema di dossier sanitario del 04.06.2015)**

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro (art.46 e 47 DPR 18.12.200, n.445):

Io sottoscritto (nome e cognome).....
nato a il / / codice fiscale.....
residente a (Comune, Prov)via (indirizzo)

per sé oppure

in qualità di: ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno
☐ Esercente la potestà genitoriale ☐ Legale rappresentante
☐ Minorenne esercitante la potestà genitoriale

di (nome e cognome).....
nato/a a il / / codice fiscale.....
residente a (Comune, Prov)via (indirizzo)

Avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante il Dossier Sanitario elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata

CHIEDO

di conoscere quali siano stati gli accessi eseguiti sul Dossier Sanitario Elettronico (reparto/servizio che ha effettuato l'accesso, data e ora) nel periodo dal _____ al _____

CHIEDO, ALTRESI', CHE IL REPORT MI VENGA INVIATO

- ☐ con l'utilizzo di password per criptare i documenti (password che mi verrà comunicata con altro mezzo)
- ☐ senza l'utilizzo di password per criptare i documenti

NB: LA RICHIESTA PUÒ RIGUARDARE GLI ACCESSI AVVENUTI NEI DUE ANNI PRECEDENTI

Allego copia di un documento di identità in corso di validità.

Recapito per la risposta: E-mail/PEC: _____

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____