



REVOCA DI OSCURAMENTO

NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI MINORE DI UN EVENTO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/_____,
residente a _____ Via _____ n° _____,

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/_____,
residente a _____ Via _____ n° _____,

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____
nato/a _____ il _____, letta l'informativa nella quale è indicato che in
ogni momento è possibile avanzare la richiesta di revoca di oscuramento dal Dossier Sanitario
Elettronico 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 di mio/a figlio/a.

chiedo pertanto la revoca di oscuramento del seguente/i evento/i clinico/i:

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

Luogo e data _____

Firma _____

Nel caso di firma da parte di uno solo dei genitori, questi attesta sotto la propria responsabilità
l'impossibilità a firmare da parte dell'altro genitore.