

**Esercizio del diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti. (artt. 15 - 22 del GDPR)****Modulo per diniego /revoca del consenso al Dossier Sanitario Elettronico.**Io sottoscritto (*nome e cognome*) _____

nato a _____ il ___ / ___ / _____ (C.F. _____)

residente a _____ (____) in via _____ n. _____

e-mail _____ tel. _____

consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto mia responsabilità, in qualità di:

 Soggetto interessato**oppure** Tutore Amministratore di sostegno Esercente la potestà genitoriale Legale rappresentantedi (*nome e cognome*) _____

nato a _____ il ___ / ___ / _____ (C.F. _____)

residente a _____ (____) in via _____ n. _____

in data odierna*(esprimere una sola scelta)* **ESPRIAMO**Il **DINIEGO** all'alimentazione del DSE con miei dati e documenti relativi a eventi clinici attuali e pregressi: a seguito di ciò, tutti i miei dati e documenti pregressi NON saranno inclusi nel DSE, ma rimarranno disponibili esclusivamente alla consultazione dei singoli reparti/servizi presso i quali l'evento clinico ha avuto corso. **RICHIEDO**La **REVOCA** all'alimentazione del DSE con miei dati e documenti: con tale rinuncia, tutti i miei dati e documenti non saranno più inclusi nel DSE, ed i servizi DSE collegati alla alimentazione di tali dati e documenti potrebbero non essere più abilitati.

Si ricorda che il diniego alla creazione del DSE potrebbe compromettere, in futuro, il corretto processo di cura, dato che in questo modo potrebbero restare sconosciute ai medici che La prenderanno in carico, informazioni importanti per garantirLe cure adeguate, con inevitabili conseguenze anche sul grado di eventuali responsabilità ad essi imputabili per possibili casi di errori nelle cure.

Resta ferma la possibilità di ripensamento. L'interessato potrà infatti sempre consentire la creazione del DSE, permettendo così a tutti gli operatori autorizzati di prendere visione del suo Dossier sanitario, per una migliore cura: tale opzione andrà espressa con ulteriore specifica richiesta.

In ogni modo, le informazioni sanitarie restano a disposizione del reparto/servizio che le ha generate e dell'Azienda per gli eventuali obblighi di conservazione, ma non saranno condivise tra i diversi professionisti che avranno in cura, di volta in volta, l'interessato.

Si ricorda che un eventuale diniego o revoca al Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, dovrà essere effettuato con altra modulistica, non di competenza dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana: la volontà espressa in tale modulo non ricade in alcun modo sulle scelte già espresse in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico regionale.

Il modulo suddetto potrà essere consegnato allo sportello URP, oppure inviato tramite posta all'indirizzo Azienda ULSS 7 Pedemontana - via dei Lotti, 40 - 36061 - Bassano del Grappa (VI); tramite fax al numero 0424/885223 tramite PEC alla casella protocollo.aulss7@pecveneto.it, con allegato un documento di identità in corso di validità.

Data ___ / ___ / _____

Firma dell'interessato _____