

**Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSer)**  
**Modulo per l'esercizio del diritto di oscuramento e de-oscuramento dei dati e documenti**  
**ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 del D.P.C.M. n. 178 del 29 settembre 2015**

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_  
Telefono e/o e-mail \_\_\_\_\_

Letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali nel Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e avendo prestato i relativi consensi al trattamento dei dati,

per proprio conto,

per conto dell'assistito di seguito indicato:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

esercitandone la potestà genitoriale *oppure*

esercitandone la tutela, in qualità di \_\_\_\_\_, in forza del provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di \_\_\_\_\_ R.G. numero \_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

(tutti i campi sono obbligatori)

<input type="checkbox"/> <b>ESERCITA IL</b> <b>DIRITTO DI <u>OSCURAMENTO</u></b>	<input type="checkbox"/> <b>ESERCITA IL</b> <b>DIRITTO DI <u>DE-OSCURAMENTO</u></b>
dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso	dei dati e documenti di seguito individuato/i attraverso
Codice identificativo del documento* _____	Codice identificativo del documento* _____
Data della prestazione _____	Data della prestazione _____
Tipo di prestazione _____	Tipo di prestazione _____
Il sottoscritto è consapevole che, esercitando il <b>diritto di oscuramento</b> , i dati e documenti individuati con la presente richiesta saranno oscurati nell'ambito del FSer. Tali dati e documenti, pertanto, saranno consultabili attraverso il FSer solamente dal sottoscritto e dal soggetto che li genera.	Il sottoscritto è consapevole che, esercitando il <b>diritto di de-oscuramento</b> , i dati e documenti individuati con la presente richiesta saranno resi visibili nell'ambito del FSer a tutti i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale e Socio Sanitari regionali che interverranno nel percorso di cura, per il tempo strettamente necessario.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

TIMBRO PER RICEVUTA

\* Per codice ID del documento si intende:

- per le lettere di dimissione ospedaliera il N. nosologico oppure Numero SDO
- per il verbale di pronto soccorso il N. episodio oppure N. Verbale
- per il referto di anatomia patologica il N. esame
- per il verbale operatorio il N. di ricovero
- qualsiasi altro codice univoco identificativo presente nel documento.

**SEZIONE RISERVATA AL PERSONALE AZIENDALE**

**Modalità di invio del presente modulo:**

L'invio del presente modulo è riservato esclusivamente all'Ufficio del Distretto che dovrà trasmetterlo alla Regione del Veneto al seguente indirizzo e-mail: [consensofascicolo@regione.veneto.it](mailto:consensofascicolo@regione.veneto.it)

Eventuali invii da parte dell'assistito non potranno essere elaborati dal sistema e non produrranno effetti.