

Il/La sottoscritto/a

Paziente

☐ per sé

nome e cognome.....

nato/a ailCF.....

residente a indirizzo

cellulare e-mail

☐ esercitando la rappresentanza legale in qualità di

☐ tutore

☐ amministratore di sostegno

☐ unico esercente la responsabilità
genitoriale

☐ unico genitore presente per impossibilità dell'altro

☐ minorenne esercitante potestà
genitoriale

☐ altro

del/la paziente nome e cognome

nato/a ailCF.....

residente a indirizzo

con riferimento all'esame

ne chiede:

☐ **Oscuramento** (visibilità sul Fascicolo Sanitario Elettronico FSE solo per sé);

☐ **Anonimato** (divieto di invio al Fascicolo Sanitario Elettronico FSE).

La presente richiesta verrà ritenuta valida solo in relazione al singolo esame, salvo diversa espressa richiesta. Resta impregiudicata la facoltà di oscurare o anonimizzare i Suoi dati autonomamente presso il portale Sesamo.

Luogo data

Firma del dichiarante

Compilazione a cura del Medico

Il/La Dott./ssa

con riferimento all'esame

ritiene sussistano i presupposti di legge per l'oscuramento dell'esame.

Firma del Medico