

U.O.GEST.DEL RISCHIO CLIN.,QUALITA',ACCREDIT. E URP HQA	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	MODAZHQA_0060		
	MODULO AZIENDALE	Rev. 2	Data 13/04/2018	Pag 1 di 1
Domanda per l'esercizio dei diritti del Paziente per Dossier Sanitario Elettronico (DSE)				

Il sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

INTENDE ESERCITARE IL DIRITTO DI: <i>(selezionare con una crocetta nella colonna "SI/NO")</i>	SI/NO	DESCRIZIONE
chiedere informazioni relativamente a chi ha avuto accesso ai suoi dati contenuti nel Dossier Sanitario Elettronico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
chiedere l'aggiornamento dei propri dati trattati tramite Dossier Sanitario Elettronico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se risponde SI , specificare per quali dati si chiede l'aggiornamento:
chiedere la rettifica dei propri dati trattati tramite Dossier Sanitario Elettronico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se risponde SI , specificare per quali dati si chiede la rettifica:
chiedere l'integrazione dei propri dati trattati tramite Dossier Sanitario Elettronico: nella descrizione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se risponde SI , specificare per quali dati si chiede l'integrazione:
esercitare l'oscuramento anche momentaneo dei propri dati	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se risponde SI , specificare per quale episodio e per quanto tempo si desidera ottenere l'oscuramento:
ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento in alcune situazioni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se risponde SI , specificare per quali dati e per quali situazioni si richiede la limitazione:
ottenere la portabilità dei dati	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se risponde SI , specificare il formato, la modalità e per quali dati si desidera la portabilità

per se stesso per delega del/la Sig./ra _____

Nato a _____ il _____

documento identità: Tipo _____ Numero _____ (allegare fotocopia)

Genova, _____ Firma _____

L'Ospedale Policlinico San Martino completerà la procedura entro 30 giorni.

Modalità di consegna del modulo
Il presente modulo compilato, deve essere consegnato con una delle tre modalità di seguito elencate:
o consegnato personalmente all'Ufficio Protocollo (Palazzo Amministrazione piano Terra),
oppure spedito tramite raccomandata ad Ufficio Protocollo Ospedale Policlinico San Martino–Largo Rosanna Benzi 10, 16132 – Genova
oppure spedito tramite PEC a protocollo@pec.hsanmartino.it riportando in Oggetto: Diritti Privacy

Redatto U.O.	Controllato Il Direttore	Approvato Direzione U.O.
-----------------	-----------------------------	-----------------------------