



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Mod. C

RICHIESTA VISIONE DEGLI ACCESSI AL PROPRIO DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

(in conformità alle Linee Guida dell'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali in materia di
Dossier sanitario del 4 giugno 2015)

Il/la sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____ nato/a _____

(Provincia ___), il ___/___/___ e residente a _____ (Provincia ___),

in Via _____ n. ____, CAP _____, tel. _____,

codice fiscale _____.

in qualità:

Interessato

Esercente la potestà di genitore del minore

Tutore del paziente

Del paziente

Nome _____ Cognome _____ nato/a _____

(Provincia ___), il ___/___/___ e residente a _____ (Provincia ___),

in Via _____ n. ____, CAP _____, tel. _____,

codice fiscale _____.

**avendo prestato il consenso al trattamento dei dati mediante il Dossier Sanitario Elettronico
per me stesso/la persona sopra indicata**

CHIEDO

di conoscere l'indicazione della Struttura che ha effettuato l'accesso al mio Dossier Sanitario
Elettronico, nonché della data e dell'ora dello stesso, nel periodo da _____ a
_____.

La richiesta può riguardare solo gli accessi avvenuti nei due anni precedenti come indicato nelle Linee
Guida del 4.06.2015

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal Codice Penale e dalle leggi
speciali

in materia (D.P.R. N.445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda effettua
controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

luogo e data

firma estesa e leggibile