

**ISTANZA DI OSCURAMENTO PER SINGOLO EPISODIO  
RELATIVAMENTE AL DOSSIER SANITARIO**

DA CONSEGNARE ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO, PRESSO LO SPORTELLO O VIA EMAIL  
([urp.treviso@aulss2.veneto.it](mailto:urp.treviso@aulss2.veneto.it))

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Doc. di identità \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(barrare la casella che interessa)

- diretto interessato  genitore esercente la potestà  
 tutore/amministratore di sostegno  procuratore

ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, e preso atto dei diritti riconosciutigli dall'art. 7 del predetto decreto, **con la sottoscrizione del presente modulo**

**INTENDE**

- **esercitare il diritto all'oscuramento relativamente al seguente episodio:**

Cognome e Nome (se diverso dall'interessato) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

**TIPO EPISODIO**

- Esame diagnostico (specificare: esame di laboratorio, radiologia, visita specialistica)

- Ricovero ordinario / DH

- Accesso di Pronto Soccorso

**DATA EPISODIO**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (in caso di ricovero specificare la data di ammissione)

**Note**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_