



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Mantova

### RICHIESTA DI OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO EVENTI/EPISODI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

Tutore     Legale rappresentante     Amministratore di sostegno     Esercente la responsabilità genitoriale

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 679/2016 e consapevole di quanto prescritto dagli artt. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

#### CHIEDE

- L'OSCURAMENTO**  
 **IL DEOSCURAMENTO**

#### Dei seguenti episodi:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, di aver compreso che l'oscuramento di un evento clinico può comportare la mancata disponibilità per gli operatori sanitari di un quadro clinico il più possibile completo della sua salute, o di quella della persona interessata, e questo potrebbe comportare esiti significativi, anche negativi, nel percorso di cura.

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

\_\_\_\_\_  
Firma (estesa e leggibile)

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

#### Riservato all'ufficio

##### Raccolta cartacea:

matricola operatore \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma operatore \_\_\_\_\_

**Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova**

STRADA LAGO PAIOLO 10 - 46100 MANTOVA

CENTRALINO 0376/2011

CODICE FISCALE E PARTITA IVA 02481840201