POLICLINICO
CASILINO

Alla Direzione Sanitaria del Policlinico Casilino

Richiesta di oscuramento della domanda di oscuramento

Spett.le Direzione ,

Vi informo di avere richiesto l'oscuramento totale /parziale dei miei dati .
Richiedo quindi l'oscuramento della mia domanda . Ciò significa che il modulo contenente la mia richiesta sarà a sua volta oscurato e non sarà quindi leggibile in alcuna sede . Sarà cioè custodito presso la Direzione Sanitaria e ad esso verrà attribuito un codice di archiviazione, che potrò ritirare, personalmente , presso la segreteria della predetta Direzione Sanitaria, dal lunedì al venerdì , dalle ore 11.00 alle ore 12.30 di ciascun giorno, previo appuntamento da prendere contattando il seguente numero telefonico : 06. 23.188. 234.
L'abbinamento codice – nominativo sarà possibile unicamente previa mia richiesta di deoscuramento, da effettuare con le medesime modalità sopra descritte .
Altrimenti codice e nominativo corrispondente resteranno archiviati in due file riservati , accessibili unicamente dalla Direzione Sanitaria .

Chiedo di procedere all'oscuramento della mia richiesta di oscuramento dati .

In fede.

Data_____

Firma leggibile _____

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