

### Allegato 3

#### ATTESTAZIONE DI AVVENUTA RICHIESTA DI ANONIMATO

Spazio per  
 inserimento numero  
 di cartella clinica del  
 paziente anonimo

N. ....

Spazio per indicazione  
 di ANONIMO

MASCHIO/FEMMINA

Io sottoscritto/a  
 (Nome e Cognome)

Qualifica

DICHIARO CHE:

Il/La Paziente  
 (Nome e Cognome)

Nato/a a

IL GG/MM/AAA

\_\_/\_\_/\_\_

Documento d'identità  
 (Allegarne copia)

N.

Del

\_\_/\_\_/\_\_

Rilasciato da:

HA MANIFESTATO LA VOLOMTÀ DI ESSERE TRATTATO/A IN ANONIMATO

Il/la paziente è stato/a ampiamente informato/a di tutti i diritti ed in particolare del fatto che, a seguito dell'accoglimento dell'istanza, il proprio fascicolo di ricovero/ambulatorio riporterà la dicitura ANONIMO MASCHIO/FEMMINA, con data e luogo di nascita corrispondenti a quelli in concreto propri della persona in questione.

RICHIESTA DI ANONIMATO E MOTIVATA DA  
 (barrare il caso corrispondente, non sono ammesse altre categorie di pazienti)

PERSONA AFFETTA DA HIV  
 PERSONA DIPENDENTE DA ALCOOL  
 PERSONA DIPENDENTE DA DROGHE

DONNA CHE RICHIEDE INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA (IVG) IN ANONIMATO

- Il/la paziente in questione è stato/a reso/a edotto/a sugli effetti giuridici che la sua scelta comporta. In particolare, è stato/a informato/a del fatto che l'attribuzione dell'anonimato e della modalità di identificazione così descritta comporta che l'eventuale successiva richiesta di copia della documentazione sanitaria potrà avvenire solo richiamando il numero nosografico riferito all'eventuale ricovero oppure la data dell'esecuzione della prestazione ambulatoriale con specifica indicazione dell'orario e della tipologia della stessa.
- Il/la paziente in questione viene inoltre informato/a che la presente attestazione contenete le esatte coordinate anagrafiche collegate all'anonimato resterà conservata in busta chiusa in custodia presso la Direzione Sanitaria della Struttura, rimanendo impenetrabile a terzi mediante opposizione del segreto professionale.