**Domanda di liberazione dall'obbligo del segreto professionale**

Art. 39 cpv. 4 della legge sulla tutela della salute nel Cantone dei Grigioni (legge sanitaria, LSan; CSC 500.000)

|  |  |
| --- | --- |
| Richiedente  Hanno diritto di presentare domanda soltanto le persone che esercitano una professione nel settore sanitario (medici, personale infermieristico, psicologi, ecc.) nonché l'Autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA) | |
| Cognome, nome |  |
| Professione |  |
| Funzione |  |
| Indirizzo |  |
| Telefono |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Paziente | |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Indirizzo |  |
| Data di nascita |  |
| Eventuale rappresentante legale (nome, funzione, indirizzo) |  |
| Ev. data del decesso |  |
| In caso di persone decedute: Nome e indirizzo di almeno un familiare |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Previsti destinatari del segreto  (ad es. Autorità di protezione dei minori e degli adulti, autorità penali, tribunale, familiari) | |
| Cognome, nome |  |
| Istituzione, autorità |  |
| Indirizzo |  |
| Rapporto con la/il paziente |  |
| Cognome, nome |  |
| Istituzione, autorità |  |
| Indirizzo |  |
| Rapporto con la/il paziente |  |

|  |
| --- |
| Motivazione   * Breve sintesi della fattispecie e del contesto della presentazione della domanda, incl. la durata del trattamento; * Motivazione per cui terzi e autorità debbano essere informati e contenuto di tali informazioni; * Vi sono indizi che la/il paziente avrebbe acconsentito al fatto che alla/al familiare venga concesso il diritto di prendere visione dell'intera cartella clinica o vi sono indizi secondo cui la presa in visione vada negata? * Indicare se alla persona interessata è stato chiesto il consenso ed eventualmente motivazione del rifiuto * In quale misura il segreto deve essere rivelato alle persone e/o istituzioni sopra indicate? |
|  |

|  |
| --- |
| Allegato(i)  Si prega di allegare al presente modulo la documentazione attestante la domanda (ad es. domanda di presa in visione di familiari o terzi, decisioni di edizione o citazioni della Procura pubblica, domande di presa in visione di assicurazioni, altri scritti, ecc.). |
|  |

**Dichiarazione relativa alla liberazione dall'obbligo del segreto professionale:**

Chiedo all'Ufficio dell'igiene pubblica di liberarmi dall'obbligo del segreto professionale e confermo di aver compilato il presente modulo di domanda in modo completo e veritiero. Con l'inoltro della domanda confermo inoltre che dal punto di vista medico nulla si oppone alla liberazione dall'obbligo del segreto professionale.

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

Luogo e data Timbro e firma

La persona responsabile che esercita una professione medica deve inviare il modulo compilato in tutte le sue parti, firmato (niente firma elettronica) e timbrato all'Ufficio dell'igiene pubblica dei Grigioni, Servizio giuridico, Hofgraben 5, 7001 Coira.