**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)

|  |
| --- |
| RichiedenteHanno 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.