

RICHIESTA DI REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'AMBITO DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

(C.F. _____) residente a _____

(____) in via _____ n. _____

e-mail _____

tel. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto mia responsabilità, in qualità di:

Soggetto interessato

OPPURE

Tutore Amministratore di sostegno Esercente la potestà genitoriale Legale rappresentante di

(nome e cognome) _____ nato a _____

_____ il ____ / ____ / ____

(C.F. _____) residente a _____

(____) in via _____ n. _____

Avendo prestato il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico nella qualità di Interessato al trattamento dei dati o di delegato per la persona sopra indicata.

CHIEDO

che venga REVOCATO IL CONSENSO prestato:

- ☐ ALLA IMPLEMENTAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO
- ☐ ALLA IMPLEMENTAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO DEI MIEI DATI SANITARI PREGRESSI

SONO ALTRESI' INFORMATO CHE:

con la procedura di revoca dal consenso di cura sopra, il DSE non sarà più consultabile dagli operatori (al di fuori di coloro che hanno prodotto il documento) e pertanto i medici che mi prenderanno in cura non avranno la possibilità di visionare la documentazione sanitaria ospedaliera in esso contenuta, nemmeno in caso di emergenza/urgenza.

Luogo e data _____ Firma _____

N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'