



Richiesta di Revoca consenso al trattamento dei personali del
Dossier Sanitario Elettronico

Io sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___

C.F. _____ residente a _____ in via (indirizzo) _____

o Legale rappresentante di:

(nome e cognome) _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___

C.F. _____ residente a _____ in via _____

in qualità di Tutore Curatore * Amministratore di sostegno Esercente la responsabilità genitoriale

***Presentare la documentazione attestante l'Amministrazione di sostegno.**

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.

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,

CHIEDO:

che venga revocato il Consenso prestato alla Costituzione e Implementazione del Dossier Sanitario Elettronico:

ALLA COSTITUZIONE E ALL'ALIMENTAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO

ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO DEI MIEI DATI PREGRESSI

Luogo e data

Firma.....

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Matricola Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione oscuramenti:

Matricola Operatore _____ n. progressivo _____ Data _____ Firma operatore _____