

	RICHIESTA REVOCA DEL CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO		
	<i>PO 01/16 Gestione del documento Sanitario Elettronico</i>		
	MOD05 PO01/16 DSA	n.rev. : 00	n. pag.: 1 di 1

Io sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ e-mail _____

DICHIARO DI ESSERE

Il diretto interessato

L'esercente la potestà legale nei confronti di:

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

avendo precedentemente prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata

avendo precedentemente i miei genitori prestato il consenso al trattamento dei miei dati personali mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso

REVOCO

il consenso al trattamento dei dati personali mediante Dossier Sanitario Elettronico

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Allego una copia di un documento di identità in corso di validità.

Data ____/____/____ Firma (per esteso e leggibile) _____