

**FASCICOLO RADIOLOGICO ELETTRONICO INTERAZIENDALE "FREI"
REVOCA CONSENSO**

Io sottoscritto: Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ___/___/___ Sesso M ___ F ___ Nato a _____ e residente a
_____ in Via/P.zza _____

Consapevole che, in caso di Revoca del consenso, il Dossier e/o il Fascicolo Radiologico Elettronico non saranno ulteriormente implementati, ma che le informazioni sanitarie presenti resteranno comunque disponibili al professionista o alla struttura che le ha redatte e per eventuali obblighi di legge,

Non Autorizzo

Autorizzo

la revoca del consenso al trattamento dei miei dati personali e sanitari contenuti nel mio Dossier Radiologico Elettronico

Non Autorizzo

Autorizzo

la revoca del consenso al trattamento dei miei dati personali e sanitari contenuti nel mio Fascicolo Radiologico Elettronico

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Il presente modulo potrà essere consegnato a qualsiasi sportello di accettazione delle Radiodiagnostiche Aziendali previo riconoscimento da parte del personale addetto all'accettazione ovvero potrà essere inviato, congiuntamente a copia di Documento di Riconoscimento, a mezzo posta elettronica all'indirizzo pec-aoupisana@legalmail.it o a mezzo posta all'indirizzo **Via Roma n. 67 - 56126 Pisa**