

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

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

**in qualità di**

- Genitore
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Rappresentante di persona temporaneamente incapace

**dell'Interessato**

Nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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,

**Autorizzo**

**Non Autorizzo**

la revoca del consenso al trattamento dei dati personali e sanitari dell'Interessato contenuti nel Dossier Radiologico Elettronico

**Autorizzo**

**Non Autorizzo**

la revoca del consenso al trattamento dei dati personali e sanitari dell'Interessato contenuti nel 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](mailto:pec-aoupisana@legalmail.it) o a mezzo posta all'indirizzo **Via Roma n. 67 - 56126 Pisa**