

**MODIFICA DELLE AUTORIZZAZIONI RESE IN SEDE DI CONSENSO AL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL MINORE*ATTRAVERSO IL DOSSIER
SANITARIO ELETTRONICO**

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____, in qualità
di _____ esercente _____ la _____ responsabilità _____ genitoriale _____ sul _____ minore
_____ nato/a _____ il _____, letta
l'informativa allegata, modifico l'autorizzazione precedentemente resa alla AOUP al trattamento nel
Dossier Sanitario Elettronico dei dati personali di mio figlio/a.

Relativamente al Dossier Sanitario intendo **modificare** la precedente autorizzazione, come segue:

- no** **si** all'inserimento dei dati sanitari di mio figlio/a relativi alle prestazioni pregresse
eseguite negli ultimi 5 anni
- no** **si** all'utilizzo dei dati sanitari di mio figlio/a in forma anonima, contenuti Dossier
Sanitario Elettronico, per finalità di didattica, studio e ricerca.

Luogo e data _____

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

* i pazienti minorenni che abbiano compiuto 16 anni possono firmare personalmente il presente modulo di modifica di
consenso al trattamento.