

REVOCA DEL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO
ELETTRONICO

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____, letta
l'informativa suindicata nella quale è indicata la possibilità di poter procedere in ogni momento alla
revoca del consenso alla costituzione del mio Dossier Sanitario Elettronico, a seguito del quale il
Dossier non sarà ulteriormente implementato e le informazioni sanitarie che lo hanno alimentato
resteranno disponibili unicamente al Professionista o alla struttura interna della AOUP che le ha
redatte e non saranno più condivise con i professionisti degli altri reparti che in seguito mi
prenderanno in cura. I dati e le relative informazioni sanitarie saranno mantenute nel software, in
conformità alle vigenti normative, per periodi diversificati tenendo conto della natura del documento
stesso; chiedo di

**REVOCARE IL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL MIO
DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Luogo e data _____

Firma _____