



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 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 della 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 AOUS che le ha redatte e non
saranno più condivise con i professionisti degli altri reparti che in seguito mi prenderanno in cura;
consapevole che 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**

REVOCARRE IL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL MIO DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Luogo e data _____

Firma _____