



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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/_____,
residente a _____ Via _____ n° _____,

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/_____,
residente a _____ Via _____ n° _____,

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____
nato/a _____ il _____, letta l'informativa nella quale è indicata la
possibilità di poter procedere in ogni momento alla revoca del consenso alla costituzione del
Dossier Sanitario Elettronico di mio/a figlio/a, 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 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

**REVOCARE IL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE
DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI MIO /A FIGLIO/A**

Luogo e data _____

Firma _____

Nel caso di firma da parte di uno solo dei genitori, questi attesta sotto la propria responsabilità
l'impossibilità a firmare da parte dell'altro genitore.