



**REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
DELL'INTERESSATO ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, in qualità di

Tutore (Prov. n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_)

**ovvero**

Amministratore di sostegno (Prov. n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_)

dell'Interessato sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

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 dell'interessato, 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. 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 DELL'INTERESSATO**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_