



**MODULO DI REVOCA DEL CONSENSO
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO**

Io sottoscritto *(in caso di genitori di minori, da compilarsi a cura di ciascuno)*

Nome/Cognome _____

Nato a _____

il _____

Codice Fiscale _____

☐ in proprio

ovvero _____

☐ in qualità di:

☐ Esercente/i la responsabilità genitoriale

ovvero _____

☐ Tutore (Prov. n. _____ emesso da _____)

ovvero _____

☐ Amministratore di sostegno (Prov. n. _____ emesso da _____)

dell'Interessato/Minore _____ nato a _____ il _____

_____ residente in _____

- Lette e comprese le informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) sul trattamento dei dati personali attraverso il Dossier sanitario, nelle quali è indicata la possibilità di poter procedere in ogni momento alla revoca del consenso alla costituzione del Dossier Sanitario, 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 AOU-Careggi 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 negli applicativi dell'Azienda, in conformità alle vigenti normative, per periodi diversificati tenendo conto della natura del documento stesso;

REVOCO

IL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO

Luogo e data _____

Firma _____