



# A.I.A.S.

## Associazione Italiana Assistenza Spastici Sezione di San Filippo del Mela – E.T.S.

98044 – San Filippo del Mela (ME) – C.da Donnamiata, s.n.c.

cod. Fiscale 01952490835

-

Partita I.V.A. 02142110838

**MOD.E**

### **REVOCA CONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEI DATI SANITARI PREGRESSI**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità)

Tutore     Legale Rappresentante     Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale   

Altro \_\_\_\_\_

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

Avendo prestato il consenso al trattamento dei miei dati personali e particolari o di quelli della persona sopra indicata tramite costituzione del Dossier Sanitario Elettronico;

Avendo prestato il consenso alla costituzione del Dossier sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata;

Avendo prestato il consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari pregressi per me stesso/per la persona sopra indicata

### **REVOCO**

### **IL CONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEI DATI SANITARI PREGRESSI**

Firma \_\_\_\_\_

### **SONO CONSAPEVOLE CHE**

- La revoca del consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari pregressi comporta che gli stessi resteranno comunque disponibili al personale sanitario di reparto che li ha prodotti per finalità di cura e presa in carico e per la conservazione per obbligo di legge, ma non saranno visibili al personale sanitario degli altri reparti che La prenderanno in cura in futuro.
- Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000).

Alla consegna presentarsi con un documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

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

\_\_\_\_\_  
Firma (estesa e leggibile)

**Riservato all'ufficio**

Raccolta cartacea: Operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_