



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. H

REVOCA DELLA RICHIESTA DI INSERIMENTO DEI DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

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 dati personali e particolari mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata;

Avendo prestato il consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico di dati soggetti a maggior tutela dell'anonimato per me stesso/per la persona sopra indicata mediante lo specifico modulo E

REVOCO

IL CONSENSO ALL'INSERIMENTO DEI DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Firma _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

- La revoca del consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari soggetti a maggior tutela dell'anonimato comporta che gli stessi non saranno più visibili dai professionisti sanitari coinvolti nella cura.
- Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000).

Alla consegna presentarsi con 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 _____