



*Azienda Ospedaliera di Perugia*

**REVOCA DEL CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

**(AL RAGGIUNGIMENTO DELLA MAGGIORE ETÀ)**

Io sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**avendo precedentemente i miei genitori prestato il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili mediante il Dossier Sanitario Elettronico**

**CONSAPEVOLE CHE**

Il mio Dossier non sarà più aggiornato e che i documenti in esso contenuti potranno essere consultati **solamente** dal personale sanitario della struttura che ha generato i dati per finalità di cura e per la conservazione per obbligo di legge.

**REVOCO**

**il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili mediante Dossier Sanitario Elettronico**

Data \_\_\_\_\_

firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

**Si allega copia di documento di identità in corso di validità.**