



Azienda Ospedaliera di Perugia

REVOCA DEL CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ e-mail _____

CONSAPEVOLE CHE

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 Testo Unico sulla documentazione amministrativa)

DICHIARO DI ESSERE

- ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Esercente la potestà genitoriale ☐ Curatore
☐ Altro (*specificare*) _____

DI

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

avendo precedentemente prestato il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili mediante il Dossier Sanitario Elettronico per la persona sopra indicata

REVOCO

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

SONO CONSAPEVOLE CHE

Il 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.

Data _____

firma (per esteso e leggibile) _____

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