



ISTANZA DI REVOCA DEL CONSENSO
al trattamento dei dati personali mediante Dossier Sanitario Elettronico

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ___/___/___ C.F. _____ residente a _____
via _____ n. _____ tel. _____ e-mail: _____

in qualità di diretto interessato

in qualità di esercente la potestà legale

di _____ nato a _____ il ___/___/___
C.F. _____ residente a _____
in via _____ n. _____

intendendo esercitare i diritti che la legge consente, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

CHIEDE

LA REVOCA DEL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

LA REVOCA DEL CONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO DEI DATI PREGRESSI

consapevole che la revoca del consenso non pregiudica la liceità delle operazioni di trattamento dei dati intanto eseguiti mediante il Dossier Sanitario Elettronico e non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.

A tal fine, **allega copia del documento di identità** e chiede di ricevere riscontro alla presente richiesta tramite e-mail all'indirizzo sopra indicato .

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Regolamento UE 2016/679, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è rinvenibile sul sito www.ausl.pr.it, sezione privacy.

Luogo e data

Firma
