



C. S. R.

CONSORZIO SICILIANO DI RIABILITAZIONE SOC.CONS. a r.l.

Sede Legale : VIA DON MINZONI, 13 – 95123 CATANIA

Mod. B

REVOCA DEL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Io sottoscritto (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

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 alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata

CHIEDO

LA REVOCA DEL CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E CHE LO STESSO NON SIA PIU' IMPLEMENTATO CON I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

Firma _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

- La revoca del consenso al Dossier Sanitario Elettronico comporta che lo stesso non sarà più implementato e le informazioni sanitarie presenti resteranno disponibili al solo personale sanitario di reparto che le ha redatte e per eventuali conservazioni per obbligo di legge, ma non potranno più essere condivise con gli altri reparti/Centri che La seguiranno nel percorso riabilitativo;
- 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 (Centro di _____)

Raccolta cartacea:

Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database DSE informatizzato:

Operatore _____ Data _____ Firma operatore _____