



C. S. R.

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

Sede Legale : VIA DON MINZONI, 13 – 95123 CATANIA

Mod. C

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

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;

Avendo prestato il consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari pregressi per me stesso/per la persona sopra indicata

CHIEDO

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

Firma _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

- La revoca del consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari pregressi comporta che gli stessi resteranno comunque disponibili al personale sanitario di reparto che li ha prodotti per finalità di cura e presa in carico e per la conservazione per obbligo di legge, ma non saranno condivisi 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 _____