



C. S. R.

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

Sede Legale : VIA DON MINZONI, 13 – 95123 CATANIA

Mod. F

REVOCA DELLA RICHIESTA DI INSERIMENTO DEI DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO NEL 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 all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico di dati soggetti a maggior tutela dell'anonimato per me stesso/per la persona sopra indicata mediante lo specifico modulo G

CHIEDO

LA REVOCA DEL CONSENSO ALL'INSERIMENTO DEI DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Firma _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

- La revoca del consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari particolari comporta che gli stessi non saranno più visibili dal personale sanitario di reparto coinvolti nella cura.
- 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 _____