



Alla Direzione Sanitaria del Policlinico Casilino

**REVOCA DEL CONSENSO RELATIVA AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI DATI EFFETTUATO
CON IL DOSSIER SANITARIO**

Io sottoscritto/a

Nominativo _____

nato/a _____, il _____

_____ C.F. _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ email _____

DICHIARO DI ESSERE

- Il diretto interessato
- L'esercente la potestà legale nei confronti di

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____, il _____

_____ C.F. _____

REVOCO

- Il consenso al trattamento dei dati personali effettuato con il Dossier Sanitario

Indirizzo ove chiedo sia inviata risposta alla presente :

Telefono (fisso o cellulare) _____

email _____

SONO CONSAPEVOLE

- che in caso di richiesta revoca del consenso al Dossier Sanitario , i dati rimarranno disponibili comunque al personale sanitario del Reparto presso cui è avvenuto l'episodio di cura. Analogamente, anche eventuali precedenti accessi a questa Struttura, rimarranno visibili solo al personale sanitario del Reparto presso cui è avvenuto l'episodio di cura.
- che per la revoca del consenso di cui sopra i tempi necessari sono di 7 (sette) giorni lavorativi a partire dall'accettazione della richiesta da parte della Direzione Sanitaria (esclusi il sabato, la domenica e le altre festività).
- con la revoca del consenso non sarà più consultabile il Dossier Sanitario e pertanto i clinici non avranno la possibilità di visionarlo , nemmeno in caso di emergenza/urgenza .
- 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).

Allego una copia di un documento di identità in corso di validità .

Data _____

Firma (per est