

**REVOCA DEL CONSENSO**  
**AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO**  
**ELETTRONICO**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, letta  
l'informativa suindicata nella quale è indicata la possibilità di poter procedere in ogni momento alla  
revoca del consenso alla costituzione del mio Dossier Sanitario Elettronico, a seguito del quale il  
Dossier non sarà ulteriormente implementato e le informazioni sanitarie che lo hanno alimentato  
resteranno disponibili unicamente al Professionista o alla struttura interna della AOUP che le ha  
redatte e non saranno più condivise con i professionisti degli altri reparti che in seguito mi  
prenderanno in cura. I dati e le relative informazioni sanitarie saranno mantenute nel software, in  
conformità alle vigenti normative, per periodi diversificati tenendo conto della natura del documento  
stesso; chiedo di

**REVOCARE IL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL MIO  
DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_