

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

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____, in
qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore
_____ nato/a _____ il _____, letta
l' informativa suindicata nella quale è indicata la possibilità di poter procedere in ogni momento alla
revoca del consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico di mio figlio/a, a seguito del
quale tale 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
prenderanno in cura mio figlio/a; ed 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 DOSSIER SANITARIO
ELETTRONICO DI MIO FIGLIO/A**

Luogo e data _____

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

*i pazienti minorenni che abbiano compiuto 16 anni possono firmare personalmente il presente modulo di revoca del
consenso al trattamento.