

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

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

in qualità di:

Tutore (Prov. n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_) dell'Interessato  
Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

ovvero

Amministratore di sostegno (Prov. n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_)  
dell'Interessato Sig./ra \_\_\_\_\_  
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 Dossier Sanitario Elettronico dell'Interessato, 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 la persona che si rappresenta. 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, pertanto chiedo di:

**REVOCARE IL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO  
ELETTRONICO DELL'INTERESSATO**

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

Firma del Tutore/Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_