

**MODIFICA DELLE AUTORIZZAZIONI RESE IN SEDE DI 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, intendo modificare l'autorizzazione precedentemente resa alla AOUP  
relativamente al trattamento dei dati dell'Interessato nel Dossier Sanitario Elettronico, come segue:

**no**       **si**      all'inserimento dei dati sanitari dell'Interessato relativi alle prestazioni pregresse  
eseguite negli ultimi 5 anni

**no**       **si**      all'utilizzo dei dati sanitari dell'Interessato in forma anonima, contenuti  
Dossier Sanitario Elettronico, per finalità di didattica, studio e ricerca.

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

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