

**Richiesta di modifica dei consensi nel Dossier e nel Fascicolo Radiologico Elettronico**

Il/La sottoscritto/a: _____ nato/a il: ____ / ____ / ____		
(NOME)	(COGNOME)	(gg) (mm)(aaaa)
a: _____ (____) CF: _____		
(COMUNE DI NASCITA)	(provincia)	(CODICE FISCALE)

***Compilare la sezione sottostante SOLO nel caso in cui i dati trattati si riferiscano a minori e/o incapaci***

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____		
(NOME)	(COGNOME)	(gg) (mm) (aaaa)
a _____ (____) CF _____		
(comune di nascita)	(provincia)	(codice fiscale)
in qualità di:		
<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> altro: _____
del paziente _____ nato/a il ____ / ____ / ____		
(NOME)	(COGNOME)	(gg) (mm) (aaaa)
a _____ (____) CF _____		
(comune di nascita)	(provincia)	(codice fiscale)

Il sottoscritto letta l'informativa sul Dossier e sul Fascicolo Radiologico Elettronico nella quale è prevista la possibilità di modificare in qualsiasi momento i consensi già rilasciati in precedenza,

**CHIEDE DI EFFETTUARE LE MODIFICARE DI SEGUITO INDICATE:**

- SI     NO utilizzare i dati raccolti, in forma anonima ed aggregata, a fini di didattica, studio e ricerca relativamente all'esame/esami effettuato/i in data odierna .
- SI     NO La costituzione e all'implementazione del Dossier Radiologico Elettronico (il mancato consenso NON impedirà l'accesso alle prestazioni sanitarie).
- SI     NO La costituzione e all'implementazione del Fascicolo Radiologico Elettronico Interaziendale (FREI)

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

Firma \_\_\_\_\_