

Società per l'Assistenza al Malato Oncologico Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale

Modulo Revoca Consenso del trattamento dei dati particolari

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

Tutore Legale rappresentante Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale Genitore 1 Genitore unico

Io sottoscritto, Genitore 2 (nome e cognome _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

Richiedo la revoca del consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico

Richiedo la revoca delle informazioni sanitarie pregresse che ricostruiscono lo storico completo del Suo profilo clinico

Richiedo che il Dossier Sanitario Elettronico non venga più implementato e che le informazioni sanitarie rimangano a disposizione solo dei professionisti che le hanno redatte e quindi che non siano condivise con gli altri professionisti che la seguono o la seguiranno nel percorso riabilitativo.

Chiedo l'oscuramento di alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici.

Chiedo la revoca dell'oscuramento delle informazioni sanitarie, dato precedentemente (deoscuramento).

Chiedo di sapere quali reparti/servizi/sistemi alimentano il mio Dossier Sanitario Elettronico, o meglio chi lo ha consultato con l'indicazione della data, dell'orario di accesso e dell'operazione effettuata.

Chiedo di consultare gli elenchi dei responsabili del trattamento

Data

Firma dell'interessato al trattamento dei dati
