RICHIESTA DI REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI MEDIANTE IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ / _____ /_____

residente in_____ via _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Oppure in qualità di: ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

☐ esercente la potestà genitoriale ☐ legale rappresentante

di (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____ / _____ /_____

residente in _____ via _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

REVOCO IL CONSENSO PRESTATO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (Dossier)

Data _____ Firma _____
(firma estesa e leggibile)

Data _____ Firma del soggetto legittimato* _____
(firma estesa e leggibile)

*Prossimo congiunto, familiare, convivente o unito civilmente, fiduciario ai sensi dell'art.4 della Legge 219/2017 o in loro assenza il responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato nei casi in cui il consenso può essere acquisito successivamente alla prestazione o da altri soggetti legittimati come esplicitati nell'informativa)

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro o scansionando il QR code a margine.