

**A.I.A.S.**  
**Associazione Italiana Assistenza Spastici**

ENTE RICONOSCIUTO GIURIDICAMENTE CON DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA N.1070 DEL 28/05/1968 Sezione di

San Filippo del Mela – O.N.L.U.S.

cod. Fiscale 01952490835

Partita I.V.A. 02142110838

**MOD.E**

**REVOCA CONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEI DATI SANITARI PREGRESSI**

Io sottoscritto/a (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

Altro \_\_\_\_\_

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

Avendo prestato il consenso al trattamento dei miei dati personali e particolari o di quelli della persona sopra indicata tramite costituzione del Dossier Sanitario Elettronico;

Avendo prestato il consenso alla costituzione del Dossier sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata;

Avendo prestato il consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari pregressi per me stesso/per la persona sopra indicata

**REVOCO**

**IL CONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEI DATI SANITARI PREGRESSI**

Firma \_\_\_\_\_

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

- La revoca del consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari pregressi comporta che gli stessi resteranno comunque disponibili al personale sanitario di reparto che li ha prodotti per finalità di cura e presa in carico e per la conservazione per obbligo di legge, ma non saranno visibili al personale sanitario degli altri reparti che La prenderanno in cura in futuro.
- Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000).

Alla consegna presentarsi con un documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

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

\_\_\_\_\_  
Firma (estesa e leggibile)

**Riservato all'ufficio**

Raccolta cartacea: Operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE E AMMINISTRAZIONE C.da Donnamiata s.n – 98044 San Filippo del Mela (ME)

Tel. 090.93.06.66 – fax 090.93.92.651; [amm.aias.sfm@gmail.com](mailto:amm.aias.sfm@gmail.com) / [aiassanfilippodelmela@pec.it](mailto:aiassanfilippodelmela@pec.it)