

# 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. H**

### **REVOCA DELLA RICHIESTA DI INSERIMENTO DEI DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

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 dati personali e particolari mediante il Dossier Sanitario Elettronico per me stesso/per la persona sopra indicata;

Avendo prestato il consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico di dati soggetti a maggior tutela dell'anonimato per me stesso/per la persona sopra indicata mediante lo specifico modulo E

### **REVOCA**

### **IL CONSENSO ALL'INSERIMENTO DEI DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Firma \_\_\_\_\_

### **SONO CONSAPEVOLE CHE**

- La revoca del consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari soggetti a maggior tutela dell'anonimato comporta che gli stessi non saranno più visibili dai professionisti sanitari coinvolti nella cura.
- Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000).

Alla consegna presentarsi con 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)