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

Dichiaro quanto segue dopo aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.
Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:
http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda

Il/La 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. | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Azienda USL Toscana centro
SST
Servizio Sanitario della Toscana

Firma _____ data _____
(firma estesa e leggibile)

Firma del soggetto legittimato _____ data _____
(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)