

## REVOCA CONSENSI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*Da compilare con i dati dell'interessato al trattamento dei dati personali*

Io sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
 a ..... prov. .... sesso (M/F) .....  
 codice di identificazione personale (fiscale o sanitario) .....  
 recapito telefonico (facoltativo) .....

### DICHIARO DI REVOCARE

€ il consenso generale al trattamento dati personali effettuato da ASL2 in forma cartacea ed informatica  
 € il consenso al trattamento dati personali effettuato da ASL2 con il Dossier Sanitario Elettronico  
 € il consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati di salute (esclusi i super-sensibili) dal 2001 ad oggi  
 € il consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati super-sensibili di salute da me eventualmente autorizzati singolarmente  
 € il consenso a comunicare/ rendere visibili on line al medico di medicina generale / pediatra di libera scelta i miei dati di salute gestiti da ASL2 tramite la procedura informatizzata ONESYS

### Indirizzo ove chiedo sia inviata risposta alla presente:

indirizzo .....  
 numero telefax (facoltativo) .....  
 E- MAIL (facoltativa) .....

Data	Firma
	<i>firma dell'interessato(1) o di chi lo rappresenta legalmente (2)</i>
	.....

**Allegare alla presente fotocopia di documento di identità, o equipollente, del sottoscrittore (interessato o facente veci).**

(1) firma dell'interessato maggiorenne e non sottoposto a potestà tutoria  
 (2) firma del **genitore/tutore**/curatore/amministratore di sostegno  
 Nel caso di **genitore/tutore**/curatore/amministratore di sostegno compilare la seguente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

(parte da compilare con i dati di chi esercita la potestà/tutore/curatore/amministratore di sostegno)	
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ	
Il/la sottoscritto/a .....	
nato a ..... il.....	
residente in ..... Via /P.zza ..... n.....	
documento d'identità n° .....	
<p><b>Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall' art. 76 D.P.R. 445/2000 , DICHIARA , sotto la propria responsabilità :</b></p> <p> <input type="checkbox"/> di esercitare la potestà nei confronti del minore sopra indicato  <input type="checkbox"/> di essere il tutore/curatore / amministratore di sostegno del paziente sopra indicato         </p>	
Data	Firma del facente veci
.....	.....

*Inviare a: ASL2 Savonese , Via A ,Manzoni 14 - 17100 Savona tramite : - telefax: - e-mail:*