



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Mod. B

## **RICHIESTA DI REVOCA AL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Il/la sottoscritto/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

(Provincia \_\_), il \_\_/\_\_/\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (Provincia \_\_\_\_\_),

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità:

Interessato

Esercente la potestà di genitore del minore

Amministratore di sostegno

Del paziente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

(Provincia \_\_), il \_\_/\_\_/\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (Provincia \_\_\_\_\_),

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_

### **REVOCO IL CONSENSO PRESTATO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI E ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

**Sono informato che tale revoca non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.**

**E' sempre ammessa una scelta diversa successiva, da effettuarsi esprimendo nuovamente il proprio consenso al trattamento dei dati mediante DSE.**

\_\_\_\_\_  
luogo e data

\_\_\_\_\_  
firma estesa e leggibile

