



ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"
PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI
ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032
Medaglia d'oro della Scuola, della Cultura e dell'Arte D.P.R. 02/06/1954
Medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica D.P.R. 8/12/2007
Sistema Gestione Qualità: Norma ISO 9001:2015 - Certificato IMQ/CSQ - N° Certif. 9122.LVAC

MODULO A

Aggiornato al 05.07.2018

Modulo Revoca Consenso del trattamento dei dati particolari

Io sottoscritto (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 Genitore 1 Genitore unico

Io sottoscritto, Genitore 2 (nome e cognome _____) nato
a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. _____

- Richiedo la revoca del consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico
- Richiedo la revoca delle informazioni sanitarie pregresse che ricostruiscono lo storico completo del mio profilo clinico
- Richiedo che il Dossier Sanitario Elettronico non venga più implementato e che le informazioni sanitarie rimangano a disposizione solo dei professionisti che le hanno redatte e quindi che non siano condivise con gli altri professionisti che la seguono o la seguiranno nel percorso riabilitativo.
- Chiedo l'oscuramento di alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici.
- Chiedo la revoca dell'oscuramento delle informazioni sanitarie, dato precedentemente (deoscuramento).
- Chiedo di sapere quali reparti/servizi/sistemi alimentano il mio Dossier Sanitario Elettronico, o meglio chi lo ha consultato con l'indicazione della data, dell'orario di accesso e dell'operazione effettuata.
- Chiedo di consultare gli elenchi dei responsabili del trattamento

Data _____

Firma dell'interessato al trattamento dei dati
