**MODIFICA DELLE AUTORIZZAZIONI RESE IN SEDE DI CONSENSO
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ATTRAVERSO IL DOSSIER
SANITARIO ELETTRONICO**

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____
_____, letta l' informativa allegata, modifico l'autorizzazione precedentemente
resa alla AOUP al trattamento dei dati nel mio Dossier Sanitario Elettronico.

Relativamente al Dossier Sanitario intendo **modificare** la precedente autorizzazione, come segue:

- no** **si** all'inserimento dei miei dati sanitari relativi alle prestazioni pregresse eseguite
negli ultimi 5 anni
- no** **si** all'utilizzo dei miei dati sanitari in forma anonima, contenuti nel Dossier
Sanitario Elettronico, per finalità di didattica, studio e ricerca.

Luogo e data _____

Firma _____