

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p align="center"><b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b> <b>REVOCA DEL CONSENSO ALL'ATTIVAZIONE E UTILIZZO</b> <b>DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO MINORE</b> <b>(ART. 13 REGOLAMENTO UE N.679/2016)</b></p>	<p align="right"><b>T10/RA01</b></p> <p align="right">Rev.00 del 13 04 2022</p> <p align="right">Pag. 1 di 1</p>
---	---	--

Io sottoscritto/a ..... nato/a ..... il ...../...../....., residente a ..... Via ..... c.f ..... , nella mia qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore ..... , nato a ..... il ..... /..... /..... residente a ..... via ..... c.f. .... vista l'informativa sul trattamento dati per la costituzione ed utilizzo del Dossier Sanitario Elettronico nell'interesse del minore, nella quale è indicata la possibilità di poter procedere, in ogni momento, alla revoca del consenso precedentemente espresso, a seguito della quale il Dossier non sarà ulteriormente implementato e le informazioni sanitarie che lo hanno alimentato resteranno disponibili unicamente al Professionista o alla struttura interna della AOUP che le ha redatte

**REVOCO**  
**IL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE/IMPLEMENTAZIONE**  
**DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEL MINORE SOPRA INDICATO**

Pisa, li ...../...../.....

Firma .....

*Il presente MODULO deve essere compilato dal genitore del paziente laddove intenda revocare il consenso in precedenza espresso relativamente all'attivazione del Dossier Sanitario; in caso di ricovero il modulo verrà raccolto dal personale sanitario che deve inoltrarlo all'assistenza PLEIADE (assistenza@pleiade@ao-pisa.toscana.it) che provvederà alla modifica richiesta ed al caricamento del modulo su PLEIADE. Se invece la richiesta avviene al di fuori del ricovero andrà canalizzata all'Ufficio "Adempimenti privacy" (UO Affari Generali) che, verificata la completezza della richiesta, provvederà ad inoltrarla all'assistenza PLEIADE.*