

**Revoca del consenso al trattamento dei dati personali attraverso il Dossier Radiologico Elettronico e del Fascicolo Radiologico Elettronico Interaziendale (FREI)**

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato/a il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(NOME) (COGNOME) (gg) (mm) (aaaa)

a: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_  
(COMUNE DI NASCITA) (provincia) (CODICE FISCALE)

***Compilare la sezione sottostante SOLO nel caso in cui i dati trattati si riferiscano a minori e/o incapaci***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(NOME) (COGNOME) (gg) (mm) (aaaa)

a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
(comune di nascita) (provincia) (codice fiscale)

in qualità di:

Genitore       Tutore       altro: \_\_\_\_\_

del paziente \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(NOME) (COGNOME) (gg) (mm) (aaaa)

a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
(comune di nascita) (provincia) (codice fiscale)

Informato che con la revoca del consenso il Dossier ed il Fascicolo Radiologico Elettronico non saranno ulteriormente implementati e le informazioni sanitarie che li hanno alimentati resteranno disponibili unicamente al Professionista o alla struttura interna della AOUP che le hanno redatte, per un periodo di conservazione diversificato tenendo conto della natura del documento stesso,

**CHIEDE:**

- Di revocare il consenso alla costituzione del Dossier Radiologico Elettronico
- Di revocare il consenso alla costituzione del Fascicolo Radiologico Elettronico (FREI)

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il presente modulo può essere consegnato direttamente al personale sanitario ovvero inoltrandolo ad uno dei recapiti indicati nell'Informativa.