

Da trasmettere a mezzo mail all'indirizzo

privacy@multimedica.it
rpd@multimedica.it

REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 7 par. 3 Regolamento UE 2016/679)

ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO COSTITUITO PRESSO MULTIMEDICA SPA

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____,
identificato con _____ n° _____.
Dati di contatto: email _____@_____ Telefono _____

in qualità di (barrare l'opzione scelta):

- in qualità di soggetto interessato
- dichiara di essere, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, genitore/tutore del minore
- dichiara di essere, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, tutore/curatore
- dichiara di essere, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 Amministratore di sostegno

*Indicare di seguito i dati del soggetto a cui si riferisce la richiesta

Nome e Cognome _____ nato/a _____
il _____ residente a _____
Via _____ n _____, identificato con _____
n° _____

letta l'informativa privacy paziente nella quale è indicata la possibilità di poter procedere in ogni momento alla revoca del consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico, a seguito del quale il Dossier non sarà ulteriormente implementato e le informazioni sanitarie che lo hanno alimentato resteranno disponibili unicamente al Professionista o alla struttura interna (Unità Operativa/Servizio) di MultiMedica SpA che le ha redatte e non saranno più condivise con i professionisti delle altre Unità Operative/Servizi che in seguito mi prenderanno in cura. Si precisa che i dati e le relative informazioni sanitarie saranno mantenuti, in conformità alle vigenti normative, per periodi diversificati tenendo conto della natura dei documenti stessi.

Con la sottoscrizione della presente, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali in materia (Art. 76 D.P.R. 445/2000), chiedo di **REVOCARE IL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO.**

Luogo e data _____

Firma _____

In allegato documento identificativo dell'interessato richiedente e dell'eventuale soggetto a cui il dossier sanitario si riferisce.