

## REVOCA DEL CONSENSO RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EFFETTUATO CON IL DOSSIER SANITARIO

*Da compilare con i dati dell'interessato al trattamento dei dati personali*

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

### REVOCO il consenso al trattamento dei dati personali effettuato con il Dossier Sanitario

Indirizzo ove chiedo sia inviata risposta alla presente:

indirizzo \_\_\_\_\_

numero di fax \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(firma estesa e leggibile dell'interessato<sup>1</sup> o di facente veci<sup>2</sup>)

**Allegare alla presente fotocopia di documento di identità, o equipollente, del sottoscrittore (interessato o facente veci).**

Recapitare all'Azienda Ulss n. 5 Polesana di Rovigo tramite una delle seguenti modalità:

- consegna allo sportello URP dell'Azienda
- posta all'indirizzo Azienda Ulss n. 5 Polesana di Rovigo Viale Tre Martiri n. 89 – 45100 Rovigo
- Fax al numero 0425 394618
- PEC alla casella **protocollo.aulss5@pecveneto.it**

<sup>1</sup> Firma dell'interessato maggiorenne e non sottoposto a potestà tutoria

<sup>2</sup> Firma del genitore/tutore. Nel caso di genitore /tutore allegare alla presente rispettivamente autocertificazioni dello stato di famiglia/documentazione che certifichi lo stato di potestà tutoria.