



**PAZIENTE  
AMBULATORIALE/RICOVERATO  
MODULO DI REVOCA DEL CONSENSO  
DA PARTE DELL'INTERESSATO**

CODICE:  
023/Mod/19/Rev.002

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
 per sé  
 oppure in qualità di:  Tutore o curatore  Amministratore di sostegno  
 Prossimo congiunto, convivente, familiare  
 Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato  
 Titolare della responsabilità genitoriale  
 Fiduciario  
del soggetto interessato (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

**DESIDERA REVOCARE IL CONSENSO**

- al trattamento dei dati personali e particolari** da parte dell'ASL di Novara, Titolare del trattamento, **per le finalità di comunicazione delle informazioni sullo stato di salute dell'interessato a soggetti terzi** (es. familiari, conoscenti, medico curante) come specificamente, indicati.
- al trattamento dei dati personali e particolari** da parte dell'ASL di Novara, Titolare del trattamento, **per le finalità di comunicazioni di notizie relative al ricovero dell'interessato a soggetti terzi** (es. familiari, conoscenti, medico curante) come specificamente, indicati.

I suddetti dati personali erano stati raccolti e trattati sulla base del consenso prestato in precedenza mediante l'utilizzo del "MODULO DI CONSENSO PAZIENTE AMBULATORIALE/RICOVERATO" cod.022/Mod/19/Rev.n.

La revoca del consenso non pregiudica la liceità delle attività di trattamento finora eseguite.

E' sempre ammessa una scelta diversa successiva, da effettuarsi esprimendo nuovamente il proprio consenso al trattamento dei dati.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_; Firma \_\_\_\_\_  
(Firma estesa e leggibile)