



**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)