



Da trasmettere a: privacy@columbus3c.com

RICHIESTA REVOCA CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI EFFETTUATI MEDIANTE DOSSIER SANITARIO

(in conformità alle Linee Guida dell'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali in materia di Dossier sanitario del 4 giugno 2015)

Il/La Sottoscritto/a _____ (nome e cognome),

nato/a _____ (luogo di nascita), il _____ (data di nascita)

DICHIARA DI ESSERE

- ☐ **il diretto interessato;**
- ☐ **l'esercente la responsabilità genitoriale;**
- ☐ **il tutore/curatore/amministratore di sostegno**

nei confronti di: Nome _____ Cognome _____
Nato/a a (luogo di nascita) _____ il _____ (data di nascita)

avendo prestato il consenso al trattamento dei dati mediante il Dossier Sanitario:

- ☐ **per me stesso;**
- ☐ **la persona sopra indicata.**

REVOCA IL CONSENSO PRESTATO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI CON DOSSIER SANITARIO.

CONSAPEVOLE CHE:

- tale revoca non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche;
- tutti i dati e documenti non saranno più inclusi nel Dossier Sanitario;
- è sempre ammessa una diversa scelta successiva, da effettuarsi esprimendo nuovamente il proprio consenso al trattamento dei dati mediante Dossier Sanitario;
- le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. N.445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____, lì _____

Firma (per esteso e leggibile) _____

COLUMBUS CLINIC CENTER s.r.l.

Via Buonarroti 48, 20145, Milano Tel. 02 480801 - Fax 02 48080635
C.F. e P. IVA 08837020968 info@columbus3c.com www.columbus3c.com