

REGIONE MOLISE



Revoca al trattamento dei propri dati personali tramite il Fascicolo sanitario elettronico (FSE)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ____ / ____ / ____ codice fiscale _____ residente in _____
_____ presso via _____ documento di riconoscimento

CONSAPEVOLE CHE

- il consenso alla consultazione del FSE è finalizzato a permettere ai professionisti sanitari di acquisire informazioni utili per una cura più sicura e appropriata e che il mancato consenso alla consultazione del FSE non comporta conseguenze nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- per ogni ulteriore chiarimento o necessità è possibile rivolgersi all'Ufficio Rapporti con il Pubblico;

DICHIARA

- di aver preso visione delle informative relative al Fascicolo sanitario elettronico (FSE), rese dalla Regione Molise, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Ue 2016/679, e accessibili sul portale di riferimento alla URL <https://www.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1>;
- di **revocare** la consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte dei soggetti e degli esercenti le professioni sanitarie, anche privati, che mi prendono in cura.

SI RAPPRESENTA ALTRESI' CHE

la presente revoca ha validità permanente salvo modifica.

C.basso, _____

Firma (per esteso) _____

N.B. - Si allega alla presente, copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità del sottoscritto.