



All'attenzione del Titolare del trattamento dei dati
ASST Ovest Milanese
 Via Papa Giovanni Paolo II
 20025 Legnano (MI)

MODULO REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(SECONDO INFORMATIVA MAC500)

N.B. Il presente documento, compilato in ogni sua parte, deve essere consegnato all'ufficio protocollo.

Luogo _____ Data _____

Il sottoscritto **PAZIENTE(1)** (cognome e nome) _____

nato il ___ / ___ / ___ a _____ documento di identità n° _____

rilasciato da _____

OPPURE

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato il ___ / ___ / ___ a _____ documento di identità n° _____

rilasciato da _____ in qualità di:

genitore(1) **tutore(1)** **amministratore di sostegno(1)**

del paziente MINORE/del paziente INCAPACE

(cognome e nome) _____ nato il ___ / ___ / ___

a _____

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori (1 e 2).

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara, sotto la propria responsabilità:

di essere l'unico rappresentante legale del minore

che l'altro **genitore(2)** (cognome e nome) _____

è assente per impedimento ma informato e consenziente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, derivanti da attestazioni non veritiere

esercitando con la presente richiesta il diritto di cui all'art. 7 c.3 e art. 13 c.2 lett c) del Reg. UE 2016/679.

REVOCA

il consenso al trattamento dei dati personali, rilasciato in

data ___ / ___ / ___ presso _____

Firma del: **paziente** **genitore/i** **tutore** **amministratore di sostegno**

(1) _____

(2) _____