

 <p>PROVINCIA NORD ITALIANA DELL'ORDINE DEI MINISTRI DEGLI INFERMI - CAMILLIANI</p>	MODULO DI REVOCA DEL CONSENSO PRESTAZIONI SANITARIE / SOCIOSANITARIE	REVCONS01 Ver. 01/11/2025
--	---	-------------------------------------

Il/la sottoscritto/a C.F.

- ☐ in proprio,
☐ quale curatore/tutore di
☐ amministratore di sostegno di
☐ quale esercente la potestà su
☐ altro

Chiede la revoca dei consensi / autorizzazioni prestate per le seguenti finalità:

• Implementazione del Dossier Sanitario	
• Accesso a documentazione riferita ad eventi clinici pregressi rispetto alla costituzione del Dossier Sanitario	
• Accesso a documentazione riferita ad eventi clinici pregressi in assenza di Dossier Sanitario	
• Ritiro di referti online laddove	
• Erogazione di servizi di comunicazioni inerenti agli appuntamenti presso la struttura e/o disponibilità referti online laddove sia attivato il servizio	
• Invio di aggiornamenti e newsletter su nuove iniziative, e servizi offerti	
• comunicazione dei propri dati alle strutture esterne o professionisti o Istituti di seguito indicati (es. Istituti previdenziali di sanità complementare, mutue, assicurazioni, banche, aziende convenzionate nell'ambito di progetti di welfare aziendale ecc.)	
• invio di referti o altra documentazione sanitaria al seguente indirizzo e-mail:	
• comunicazione dei propri dati ai familiari/fiduciari	
• delega al ritiro della propria documentazione sanitaria (Referti, cartelle cliniche ecc.)	
Nome e cognome del delegato cui si vuole revocare la delega	
• riprese di immagini fotografiche e video ad uso interno e/o da affiggere in locali della struttura e/o da riportare su pubblicazioni e depliant informativi in occasione di organizzazione di eventi ricreativi e/o di socializzazione all'interno e/o all'esterno della struttura	
• Comunicazione a terzi circa la propria dislocazione nei reparti	

Data

Firma

Allegare documento di identità

La richiesta deve essere presentata presso gli sportelli di accettazione della struttura interessata: