

Mod. C

DOSSIER SANITARIO – MODULO DI RECESSO DAL SERVIZIO

Preso atto dell'informativa sul Dossier sanitario di cui all'art. 13 del GDPR EU 2016/679; di cui il presente modulo costituisce parte integrante,

il sottoscritto _____, nato a _____, il _____,
residente in _____ (Provincia _____), Via _____,
N° _____, CAP _____, tel. _____

in qualità di

Interessato

oppure

Esercente la potestà di genitore del minore (è necessario il consenso congiunto di entrambi i genitori)

Padre _____, nato a _____, il _____, residente _____

Madre _____, nata a _____, il _____, residente _____

Amministratore di sostegno dell'incapace naturale/rappresentante legale _____, nato a _____, il _____, residente in _____

DICHIARA

di NON voler usufruire, a decorrere dalla data odierna, della messa a disposizione del "Dossier sanitario" costituito presso l'*L'Azienda Sanitaria Locale Alessandria*, e di voler pertanto RECEDERE dal suddetto servizio.

luogo e data

firma (estesa e leggibile)