

**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)