



REVOCA DEL CONSENSO ALLA RETE SOLE

Il soggetto
nato a _____ il _____
residente a _____ in Via/P.zza _____
tel. _____

Per sé stesso

Oppure,

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritieri, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445/2000,
Dichiara di essere

- rappresentante legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno....)
 parente (indicare grado di parentela)
 convivente

del soggetto sopra generalizzato

Il sottoscritto/a

nato a

il

residente a

in Via/P.zza

tel

con la sottoscrizione del presente modulo INTENDE:

REVOCARE l'autorizzazione sottoscritta in precedenza

OPPURE

MODIFICARE l'opzione precedentemente espressa. A questo scopo

DICHIARA

di aver letto e compreso l'informativa e

DI AUTORIZZARE

la consultazione dei dati nella Rete SOLE da parte del medico o del pediatra di famiglia e dei professionisti sanitari che intervengono nel percorso assistenziale, nell'intera area regionale (livello 1 dell'informativa);

OPPURE

DI AUTORIZZARE

la consultazione dei dati nella Rete SOLE solo da parte del medico o del pediatra di famiglia e del medico specialista limitatamente alle prescrizioni da lui effettuate. Nessun altro professionista sanitario potrà prendere conoscenza dei dati sanitari (livello 2 dell'informativa).

In entrambi i casi al medico e al pediatra di famiglia, nonché al medico specialista limitatamente alle prescrizioni da lui effettuate, sarà indirizzata direttamente in cartella la comunicazione di ogni evento sanitario, a meno che l'interessato non l'abbia specificamente escluso (oscuramento: punto 4 dell'informativa).

Data

Firma del dichiarante