

## 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 veritiere, 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**

**residente a**

**il**

**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