

### RICHIESTA<sup>1</sup> DI REVOCA DEL CONSENSO ALLA REFERTAZIONE ON LINE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> nella qualità di diretto interessato

#### DICHIARA<sup>3</sup>

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, **che della seguente persona**

Nome:	Cognome:
Nato a:	Il:
C.F.:	Tel.:
Residente a:	in Via/P.zza:

Genitore<sup>4</sup>       Tutore<sup>5</sup>      È       Delegato<sup>6</sup>       Altro (indicare) \_\_\_\_\_

con la sottoscrizione del presente modulo

REVOCA l'autorizzazione alla refertazione online di esami di laboratorio di cui alla richiesta di prenotazione numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Roma, li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente/dichiarante

\_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

#### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART .13

I dati da Lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso Decreto Legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti Lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta. Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, con sede in Roma (00193) Via Borgo S. Spirito 3.

<sup>1</sup> Può presentare la presente richiesta in diversi modi:

- per posta elettronica certificata, all'indirizzo del Titolare del trattamento (protocollo@pec.aslroma1.it) o del Responsabile del trattamento (laziocrea@legalmail.it);
- per posta ordinaria, all'indirizzo del Titolare del trattamento (Asl Roma 1 - Via Borgo S. Spirito 3, 00193 Roma) oppure del Responsabile del trattamento (LAZIOcrea S.p.A. - Via Adelaide Bono Cairoli, n. 68 - 00145 Roma);
- al Centro Unico di Prenotazione ("CUP") del Distretto Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 che ha eseguito la prenotazione della prestazione sanitaria.

<sup>2</sup> Omettere di barrare tale opzione nel caso in cui non sia abbia tale qualità.

<sup>3</sup> Completare la dichiarazione se la richiesta è presentata/inoltrata per altre persone.

<sup>4</sup> Allegare copia di documento di riconoscimento del dichiarante.

<sup>5</sup> Allegare copia del provvedimento di nomina e copia di documento di riconoscimento del dichiarante.

<sup>6</sup> Allegare la delega e copia di documento di riconoscimento del delegante e del delegato.