

ISTANZA DI REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DEL RAPPRESENTATO

(Regolamento Europeo 2016/679 - art. 7 comma 3; art.9 comma 2 lett.a); e art. 13 comma 2 lett.c))

Al Direttore Generale ASL Avellino
Via degli Imbimbo 10/12
83100 AVELLINO

Il/la sottoscritta.....nato/a a.....
il..... residente inalla via.....
Codice fiscale.....

Dichiara

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e consapevole delle responsabilità penali in cui incorre chi rilascia dichiarazioni mendaci (art. 76)

- di essere:

- ☐ tutore
- ☐ rappresentante legale (per minori di 16 anni)
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ genitore
- ☐ responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- ☐ altro _____

di (nome e cognome)_____ nato
a _____ il _____ residente a _____ in
via _____

- di revocare il consenso al trattamento dei dati personali riguardanti il rappresentato

La presente richiesta riguarda

(indicare i dati personali, le categorie di dati, il trattamento/finalità cui si fa riferimento qualora la richiesta si riferisca a casi specifici)

Data.....

Firma.....

☐ Si allega documento di riconoscimento del rappresentante e dell'interessato

☐ La presente richiesta viene raccolta dall'operatore _____ in
servizio presso _____

Estremi documento d'identità del rappresentante e dell'interessato: _____

