

ISTANZA DI REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI
(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

- **di revocare il consenso** al trattamento dei propri dati personali

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.....

(da compilare in caso di necessità)

Visto che l'interessato sopra identificato è impossibilitato a firmare perché, come dal medesimo dichiarato, è *(specificare il motivo)*_____

i testimoni sigg. :

1. _____
2. _____

con la sottoscrizione della presente attestano che il sig._____ ha dichiarato di revocare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, come sopra specificato

Data.....

Firma.....

Firma.....

☐ Si allega documento di riconoscimento dell'interessato e , ove presenti, dei testimoni

☐ Il presente consenso viene raccolto dall'operatore_____ in servizio presso_____

Estremi documento d'identità dell'interessato e, ove presenti, dei testimoni: