

**RITIRO DEL CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE DI  
INFORMAZIONI**

PAZIENTE: COGNOME	NOME	INIZ. 2° NOME
N. CASO		
STRUTTURA	UNITA'	

**ISTRUZIONI:** **CONSEGNARE UNA COPIA DEL MODULO AL PAZIENTE!** Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente.

**DIVULGAZIONE CON IL CONSENSO DEL PAZIENTE**

NOME O QUALIFICA DELLA PERSONA O DELL'ORGANIZZAZIONE PER CUI E' STATA AUTORIZZATA LA DIVULGAZIONE	
PER:	
NOME O QUALIFICA DELLA PERSONA O DELL'ORGANIZZAZIONE CHE DIVULGA LE INFORMAZIONI	
DA:	
DATA AUTORIZZAZIONE ORIGINALE	

Io sottoscritto, tramite il presente documento, ritiro la mia autorizzazione alla divulgazione di informazioni alla persona/organizzazione summenzionata, a meno che non siano già state intraprese azioni sulla base di esse.

Sono consapevole che, in linea generale, il programma non fa dipendere il mio trattamento dalla mia sottoscrizione del modulo di consenso, ma che in talune circostanze limitate detto trattamento potrebbe essermi negato in caso di mancata sottoscrizione o di ritiro del modulo di consenso. Sono inoltre consapevole che potrebbero esserci conseguenze nel caso in cui ritirassi il consenso alla divulgazione ad un autorità giuridica che lo richieda come condizione per la scarcerazione, l'affidamento ai servizi sociali o la libertà condizionale. Ho ricevuto copia del presente modulo, come attesta la mia firma in calce.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paziente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del genitore/tutore, se richiesta)

\_\_\_\_\_  
(Nome del paziente in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(Nome del genitore/tutore in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Data)