

	FEA GRAFOMETRICA MODULO DI REVOCA SERVIZIO FEA GRAFOMETRICA	FG/Rev
		rev. 0 del 16/09/2024
		pag. 1

**MODULO DI REVOCA DEL CONSENSO AL SERVIZIO DI FEA GRAFOMETRICA
E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
(D.P.C.M. 22 Febbraio 2013 e Reg. UE 679/2016)

Spett.le
Fondazione Sanità e Ricerca
Via Alessandro Poerio 100
00152 ROMA

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

- Assistito
- Caregiver dell'assistito _____
- Familiare/Altro dell'assistito _____

**con la sottoscrizione del presente modulo
REVOCO**

il consenso all'utilizzo della FEA Grafometrica e al trattamento dei dati personali biometrici in precedenza prestati, chiedo pertanto che venga disattivato il Servizio di FEA Grafometrica erogato dalla Fondazione Sanità e Ricerca.

DICHIARO inoltre,

- a) di essere consapevole che tutti i documenti da me sottoscritti con la FEA Grafometrica precedentemente alla presente richiesta restano validi ad ogni effetto di legge e saranno conservati dalla Fondazione Sanità e Ricerca entro e non oltre i limiti, anche temporali, previsti dalla normativa applicabile;
- b) di essere consapevole che per effetto della presente revoca la sottoscrizione delle ricevute di accesso domiciliare avverrà in modalità tradizionale cartacea con firma autografa fino ad un'eventuale nuova adesione al Servizio di FEA Grafometrica;
- c) di essere consapevole che la richiesta di revoca si intenderà effettiva a seguito:
- i. della ricezione del presente modulo di revoca, sottoscritto e con allegato un valido documento di identità, da parte di Fondazione Sanità e Ricerca, trasmessi con le modalità indicate in calce;
 - ii. della gestione dell'istruttoria e della verifica dell'identità del richiedente da parte di Fondazione Sanità e Ricerca;
 - iii. della comunicazione di conferma di revoca da parte di Fondazione Sanità e Ricerca entro e non oltre dieci giorni dalla ricezione della presente richiesta di revoca.

Data _____

Firma _____

IMPORTANTE: Allegare copia di un valido documento di identità

MODALITA' DI INVIO DEL PRESENTE MODULO:

- Consegna all'operatore domiciliare
- PEC all'indirizzo fondazionesanitaericerca@pec.it
- Posta raccomandata: Fondazione Sanità e Ricerca, Via Alessandro Poerio n. 100 - 00152 ROMA