Opposizione alla registrazione di dati

secondo l'articolo 6 della legge federale sulla registrazione delle malattie tumorali (LRMT)

medForms.ch
© 2019, tutti i diritti riservati

Paziente

Cognome

Nome

Via

NPA località

Data di nasc. **Sesso**

N° AVS

Destinatario:

Mail

In quanto paziente o **rappresentante legale di un paziente**, esercito con il presente modulo il diritto di oppormi alla registrazione dei miei dati o alla registrazione dei dati della persona da me rappresentata legalmente. Chiedo pertanto al registro cantonale dei tumori competente e/o al registro dei tumori pediatrici e al servizio nazionale di registrazione dei tumori di distruggere i dati non ancora registrati e/o di anonimizzare i dati già registrati, in modo che non siano più riconducibili alla mia persona o a quella del paziente che rappresento.

L'opposizione **scritta** va inviata **per posta o e-mail** ad un registro cantonale dei tumori a scelta o al registro dei tumori pediatrici.

Motivo dell'opposizione (facoltativo)

Data

Firma _____

Firma del paziente o del rappresentante legale
L'opposizione è valida solo se firmata.

Confermazione

Al ricevimento dell'opposizione scritta, il registro dei tumori presso cui è stata presentata La informerà per iscritto di aver proceduto alla registrazione dell'opposizione.