



a.r. *fisiomedica*

**MODULO DI RECESSO DEL TITOLARE DELLA RESPONSABILITÀ
GENITORIALE**

Io sottoscritto, [*nome del genitore/rappresentante/tutore legale*], desidero ritirare il consenso al trattamento dei dati personali di [*nome del minore interessato*] da parte dello STUDIO a.r. fisiomedica del Dott. Alessandro Matteucci.

Pertanto, lo STUDIO a.r. fisiomedica del Dott. Alessandro Matteucci, non ha più il mio consenso al trattamento dei dati personali di [*nome del minore interessato*] che in precedenza era stato concesso utilizzando l'Informativa Privacy.

Il ritiro del consenso non pregiudica la liceità delle attività di trattamento finora eseguite.

Firmato dal genitore/rappresentante/tutore legale:

Firma:

Data:
