L'opposizione deve essere esercitata in forma scritta. A tal fine, può inviare questo modulo, compilato e **firmato,** per posta o e-mail a un **registro cantonale dei tumori** di Sua scelta o al **registro dei tumori pediatrici.** Per la protezione dei Suoi dati personali, si consiglia di criptare l'e-mail o il modulo di opposizione inviato in allegato. A seguito della ricezione della Sua opposizione scritta, il registro dei tumori presso il quale Lei ha fatto opposizione avrà cura di informarLa per iscritto dell'avvenuta registrazione della Sua opposizione. La Sua opposizione sarà valida fino a quando Lei non la revocherà (anche dopo la morte).

Opposizione alla registrazione delle malattie tumorali

Il diritto di opposizione è sancito dall'art. 6 della Legge federale sulla registrazione delle malattie tumorali (LRMT).

Con il presente modulo il sottoscritto/la sottoscritta paziente o rappresentante legale esercita il suo diritto di opposizione alla registrazione dei propri dati ovvero alla registrazione dei dati della persona legalmente rappresentata. Chiedo pertanto che il registro cantonale dei tumori competente e/o il registro dei tumori pediatrici e il servizio nazionale di registrazione dei tumori distruggano i dati non ancora registrati e/o rendano anonimi i dati già registrati (vale a dire, i dati non potranno essere più associati ad alcuna persona).

Nome/i: _____

Cognome/i: _____

Data di nascita (GG/MM/AAAA): _____

Sesso (informazione facoltativa): ☐ femminile ☐ maschile

Via e numero civico: _____

NPA e località: _____

Numero di assicurato AVS (NAVS13)* 756.__ __ __ __ .__ __ __ __.__ __

* Il numero personale di assicurazione vecchiaia e superstiti si trova, ad esempio, sulla tessera di assicurazione malattie.

Motivo (informazione facoltativa): _____

_____ _____

Luogo e data Firma del/della paziente o del suo rappresentante legale

© SNRT/RdTP