



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Corso Gelone, 17 – 96100 Siracusa (SR)
Cod. Fisc./P.IVA: 01661590891

**Richiesta di Revoca del consenso all'alimentazione del
Dossier Sanitario Elettronico**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____, in qualità di interessato al trattamento dei dati
personali, avendo prestato il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico,

CHIEDO

**che venga revocato il consenso ad alimentare ulteriormente il Dossier Sanitario Elettronico
(DSE) con nuovi esami o con nuovi referti.**

Luogo e Data _____

Firma dell'Interessato _____

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio _____ del PO _____

Ambulatorio di _____ del Distretto _____

Data _____

Operatore _____ (firma) _____

Note _____
