



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  
(Genitore/Tutore/Amministratore di sostegno)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, avvalendomi della facoltà concessa dall'art.46  
del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere  
richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

**CERTIFICATO DI ESSERE**

*(barrare solo le voci di interesse)*

**Genitore** del minore e di esercitare la **potestà genitoriale**:

congiuntamente all'altro genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

presente  assente, ma è **INFORMATO** e **AUTORIZZA** a procedere per il minore

disgiuntamente all'altro genitore in forza del seguente Provvedimento \_\_\_\_\_

**Genitore unico** in quanto \_\_\_\_\_

**Terzo avente diritto** in forza di:

delega dei/del genitori/e, come da atto di delega che si esibisce

provvedimento \_\_\_\_\_

DI

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_,

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**E 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 \_\_\_\_\_

---

---