



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

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

**Revoca del consenso prestato al trattamento dei dati personali e particolari
con Dossier Sanitario Elettronico DSE**
(ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____, in qualità di interessato al trattamento dei dati
personali,

REVOCO

**Il consenso prestato al trattamento dei dati personali e particolari con Dossier Sanitario
Elettronico (DSE).**

[“contenitori” informatici di dati sanitari, personali e sensibili, prodotti dall’ASP di Siracusa, consultabili esclusivamente da professionisti della stessa, con l’obiettivo di migliorare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione]

Resta ferma la possibilità di ripensamento. In occasione degli eventi clinici futuri l’interessato potrà infatti sempre esprimere il proprio rinnovato consenso al trattamento dati mediante DSE. Il consenso verrà acquisito a cura del personale addetto all’accettazione.

Luogo e Data _____

Firma dell’Interessato _____

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio _____ del PO _____

Ambulatorio di _____ del Distretto _____

Data _____

Operatore _____ (firma) _____

Note _____
