



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  
(Genitore/Tutore/Amministratore di sostegno)  
(ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati)**

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,

**CERTIFICO 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 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 \_\_\_\_\_

---

**Compilazione riservata a:**

Unità Operativa/Ufficio \_\_\_\_\_ del PO \_\_\_\_\_

Ambulatorio di \_\_\_\_\_ del Distretto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_