



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 _____
