



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 veritieri 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 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 _____
