



**MODULO PER LA REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA**

Ai sensi dell'art. 81 D.lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali, art. 46 DPR 445/2000

Io sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____
 provincia _____ il ____/____/____ residente a (comune, provincia) _____
 indirizzo _____ cap _____
 codice fiscale _____
 documento di riconoscimento (solo se si esprime la revoca presso l'ASP) _____

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità:

- a) dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali effettuato con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) pubblicata anche sul sito

http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_DipPianificazioneStrategica/PIR_Areematiche1/PIR_Altricontenuti/PIR_FSE

in ordine al trattamento dei miei dati personali in ragione di:

- alimentazione a mio nome del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con i miei dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute pregresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari);
- consultazione del FSE da parte di soggetti autorizzati;

e consapevole che:

- il trattamento riguarda in particolare i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute;
- il consenso una volta manifestato potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento in tutto o in parte;
- potrò decidere di oscurare in qualsiasi momento ogni singolo documento o informazione già presenti nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dal titolare che li ha generati;

- b) dichiaro di voler revocare, liberamente e consapevolmente, il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili secondo quanto qui di seguito indicato (*selezionare le opzioni che interessano*):

1) revoco il consenso all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico

☐ SI ☐ NO

in caso di revoca del consenso all'alimentazione del fse, verranno revocati tutti gli altri consensi resi. Altrimenti:

2) revoco il consenso alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte degli operatori autorizzati

☐ SI ☐ NO

3) revoco il consenso all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico con i dati sanitari e socio – sanitari pregressi, prodotti precedentemente alla sua attivazione

☐ SI ☐ NO

La presente revoca al trattamento dei dati ha validità permanente salvo modifiche .

Luogo _____ **Data** _____

Firma (per esteso e leggibile)
