



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

**Ai sensi del regolamento U.E. 2016/679 e DPR 445/2000, art. 46**

I sottoscritti

**GENITORE 1**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 provincia \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a (comune, provincia) \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_ \_ \_ \_ \_  
 documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

**GENITORE 2**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
 provincia \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a (comune, provincia) \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_ \_ \_ \_ \_  
 documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

Consapevoli della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art.76 del DPR 445/2000), in qualità di genitori non soggetti a limitazioni della propria responsabilità genitoriale di

1) (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 codice fiscale \_ \_ \_ \_ \_

2) (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 codice fiscale \_ \_ \_ \_ \_

3) (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 codice fiscale \_ \_ \_ \_ \_

sotto la propria responsabilità:

a) dichiarano di aver ricevuto e di aver compreso l' informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 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\\_Areetematiche1/PIR\\_Altricontenuti/PIR\\_FSE](http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_DipPianificazioneStrategica/PIR_Areetematiche1/PIR_Altricontenuti/PIR_FSE)

in ordine al trattamento dei dati personali in ragione di:

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

e consapevoli 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;

- ciascun genitore potrà chiedere l'oscuramento di un documento alla struttura che lo ha prodotto; i dati oscurati saranno visibili solo alla struttura che li ha prodotti ed all'assistito, al compimento della maggiore età;

b) dichiarano, nell'interesse del/dei minori sopra indicati, 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) revoca consenso alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte degli operatori autorizzati**

SI                       NO

**2) revoca 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.*

I sottoscritti chiedono la revoca dell'autorizzazione all'accesso al fascicolo sanitario elettronico del/dei minori sopra indicati a:

GENITORE 1    SI                       NO

GENITORE 2    SI                       NO

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**Firma (per esteso e leggibile del/dei dichiaranti)**

\_\_\_\_\_