

**Modello di revoca di delega**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
 provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 documento di identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 indirizzo email \_\_\_\_\_ n. cellulare \_\_\_\_\_

**richiede la revoca della delega**

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
 provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 documento di identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 indirizzo email \_\_\_\_\_ n. cellulare \_\_\_\_\_

**ad operare per proprio conto:**

- su tutti i servizi del Fascicolo Sanitario Elettronico
- sui seguenti moduli del Fascicolo Sanitario Elettronico:

- |                                                               |                    |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> estratto conto                       | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> esenzioni per patologia              | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> ritiro farmaci con tessera sanitaria | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> covid                                | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> gestione consensi                    | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> vaccinazioni                         | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> il mio medico                        | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> pagamento ticket web                 | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> sol assistenza                       | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> buono celiachia                      | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> prevenzione serena                   | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> taccuino                             | dal _____ al _____ |

cosa può fare il delegato:

- visualizzare i dati
- visualizzare e modificare i dati

- |                                                   |                    |
|---------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> contatto digitale        | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> ricette dematerializzate | dal _____ al _____ |

cosa può fare il delegato:

- visualizzare le ricette non oscurate
- visualizzare le ricette oscurate e gestire gli oscuramenti

- |                                                                           |                    |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> ritiro referti e immagini con accesso facilitato | dal _____ al _____ |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|

cosa può fare il delegato:

- visualizza e scarica solo documenti non oscurati
- visualizza e scarica anche i documenti oscurati

- |                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> ritiro e consultazione documenti | dal _____ al _____ |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|



cosa può fare il delegato:

- visualizza e scarica solo documenti non oscurati
- visualizza e scarica anche i documenti oscurati e modifica il consenso alla consultazione e gli oscuramenti

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il paziente dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico (art. 13 RGPD 2016/679)**

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
**Allegare:**

1. tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegante;
2. tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegato.