

**Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr)
Modulo per delega al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**

ELIMINAZIONE DELLA DELEGA PER OPERARE SUL FSE

DATI DEL RICHIEDENTE¹

Il/La sottoscritto/a: nome _____, cognome _____,
luogo _____ e data di nascita _____,
C.F. _____,
tipo documento di riconoscimento _____ n. _____,
data di scadenza _____, rilasciato da _____,
mail: _____, tel/cell. _____

in qualità di:

(selezionare una sola opzione tra quelle riportate di seguito)

DELEGANTE (colui che ha dato accesso al proprio FSE)

DELEGATO (colui che ha accesso al FSE del cittadino)

secondo quanto disposto dall'art.11 comma 10 del DM Salute (FSE2.0) del 07.09.2023, chiede la
(selezionare una sola opzione tra quelle riportate di seguito)

REVOCA (solo in caso di delega già attiva)

RIFIUTO/ANNULLAMENTO (solo in caso di delega in attesa di accettazione del delegato)

della relazione di delega con:

Il/La sig./sig.ra nome: _____, cognome _____,
luogo _____ e data di nascita _____,
C.F. _____

Alla presente dichiarazione si allegano i seguenti documenti:

- copia documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto, patente) del richiedente.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

¹ Consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000