



RACCOLTA DATI DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER PAZIENTI MINORI O TUTELATI E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO SANITARIO

Il sottoscritto

NOME E COGNOME

Codice Fiscale

Nato/a a Il/...../..... Residente a

Via Documento Identità Nr

Rilasciato da In data/...../.....

Avvalendosi della facoltà concessa dall'art. 46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate Dall'art. 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA DI ESSERE (barrare le voci di interesse)

GENITORE del minore e di esercitare la **potestà genitoriale**

CONGIUNTAMENTE all'altro genitore (dati e codice fiscale)

Nato/a a Il/...../..... Residente a

Via Documento Identità Nr

Rilasciato da In data/...../.....

PRESENTE

ASSENTE ma INFORMATO e AUTORIZZA a procedere sul minore

DISGIUNTAMENTE dall'altro genitore in forza del seguente provvedimento.....Nr.

Registro/Repertorio Autorità e località..... In data/...../.....

GENITORE UNICO in quanto Ragazza Madre Vedovo/a Unico genitore che ha riconosciuto il minore

Altro (specificare)

TERZO AVENTE DIRITTO in forza di

Delega del/i genitore/i, come da atto di delega che si esibisce e si allega al presente modulo

PROVVEDIMENTO Nr.

Registro/Repertorio Autorità e località In data/...../.....

DICHIARA di aver acquisito e compreso l'informativa sottoposta del Reg. UE 679/2016 e di essere consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" cioè idonei a rivelare lo stato di salute (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accessi sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato)

ESPRIME IL CONSENSO al trattamento dei dati del minore ivi identificato

NOME E COGNOME

Codice Fiscale

Nato/a a Il/...../..... Residente a

Via

Per le finalità e le modalità descritte nell'informativa

Luogo e Data Firma