

## 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 d'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:**

Nome e Cognome .....  
Codice Fiscale .....  
Nato/a a ..... Il ..... /..... /..... Residente a .....  
Via ..... Documento d'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

..... 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 ..... Numero .....  
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 ..... Documento d'identità nr .....  
Rilasciato da ..... In data ..... /..... /.....

Per le finalità e le modalità descritte nell'informativa.

Luogo e Data ..... Firma .....