

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