



**Raccolta dati personali per pazienti minori o tutelati e consenso al trattamento ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE/679/2016**

**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 POTESTA' GENITORIALE CONGIUNTAMENTE ALL'ALTRO GENITORE**

Nome e cognome.....  
Codice Fiscale.....  
Nato/a ..... Il ..... /..... /.....  
Residente a..... Via.....  
Documento d'identità nr .....  
Rilasciato da..... In data ..... /..... /.....

- PRESENTE**
- ASSENTE MA INFORMATO E AUTORIZZA A PROCEDERE SUL MINORE**

- **GENITORE DEL MINORE E DI ESERCITARE LA POTESTA' GENITORIALE 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 sul trattamento dei dati personali** resa ai pazienti ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e di essere consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati di categoria particolare, cioè idonei a rivelare lo stato di salute (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso 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 connesse all’erogazione delle prestazioni sanitarie richieste (finalità n.1 dell’Informativa pazienti).

Luogo e Data .....

Firma .....