

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

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

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