

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 n°
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 a Il /..... /.....
Residente a.....Via.....
Documento d'identità n°
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).....

Radiologia digitale | Ecografia | Ecocolordoppler
Radiologia Odontoiatrica | Risonanza magnetica | Mammografia
MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata) | TAC ad alta risoluzione

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 n°
Rilasciato da..... In data /..... /.....
per le finalità connesse all'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste (finalità n.1 dell'Informativa pazienti).

Luogo e Data

Firma

Radiologia digitale | Ecografia | Ecocolordoppler
Radiologia Odontoiatrica | Risonanza magnetica | Mammografia
MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata) | TAC ad alta risoluzione