

**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