ALL. Atto di indirizzo 6_Mod 03

DICHIARAZIONE CUMULATIVA SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA NELL'INTERESSE DEL MINORE DI ETA' / INTERDETTI/ INABILITATI *(ART 46 D.p.r. 28 Dicembre 2000 n. 445)* - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN CASO DI MINORI/SOGGETTI TERZI -

La/li sottoscritta/o
Nome_____Cognome_____
Residente in _____
Città_____ Prov._____
Nata/o a_____ il_____
Identificato a mezzo_____n._____,

presa visione dell'informativa resa sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR – affissa in bacheca presso la Struttura, disponibile in forma cartacea presso il desk di accettazione e pubblicata sul sito internet www.centromedicinadellosport-pz.it consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 75, 76 e 78 D.p.r. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

◇ di godere dei diritti civili e politici per lo Stato Italiano,
◇ di essere il genitore del minore
NOME_____COGNOME _____nella qualità di paziente,
_____nato a _____il _____

◇ di essere consapevole che, ai sensi dell'art 316 e seguenti del codice civile, i figli minori sono soggetti alla potestà genitoriale congiunta dei genitori sino al raggiungimento della maggior età e che tale potestà deve essere esercitata di comune accordo da entrambi i genitori, **che in caso di separazione o divorzio è obbligatoria l'autorizzazione/consenso di entrambi i genitori** per tutte le prestazioni sanitarie relative ai minori

◇ di essere il genitore e/o parente del minore di età, interdetto/inabilitato secondo il provvedimento _____del _____

◇ di essere ☐ curatore speciale , ☐ tutore del minore di età, interdetto/inabilitato secondo il provvedimento _____del _____

AUTORIZZO

al trattamento diagnostico
Firma del genitore _____
Firma del genitori _____
☐ acconsento ☐ non acconsento

il Titolare a trattare i dati del minore/interdetto per le finalità su esposte.
Firma del genitore _____
Firma del genitori _____
☐ acconsento ☐ non acconsento

ad essere contattato/a telefonicamente in caso di necessità e/o urgenza relativa agli esiti delle analisi effettuate al seguente n._____ e/o di contattare il mio medico di medicina generale o il pediatra

Firma (l'interessato) _____

Revoca del consenso

Lei ha sempre diritto di revocare per iscritto in qualsiasi momento il consenso al trattamento dei Suoi dati scrivendo all'indirizzo e-mail _____. I trattamenti dei Suoi dati effettuati prima della revoca restano leciti.
(Luogo e data) _____