



MODULO DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE A SEGUITO DELLA PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PER LA FORNITURA E CONSEGNA DEI DISPOSITIVI MEDICI ED ALIMENTI A FINI MEDICI SPECIALI DA PARTE DI SOGGETTI

TERZI (MAC521)

Il presente documento deve essere allegato alla documentazione sanitaria

Luogo _____ Data _____

Il sottoscritto **PAZIENTE(1)** (cognome e nome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____ documento di identità n. _____

rilasciato da _____

OPPURE

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____ documento di identità n. _____

rilasciato da _____ in qualità di:

☐ **genitore (1)** ☐ **tutore (1)** ☐ **amministratore di sostegno (1)**
del paziente MINORE/ sottoposto a TUTELA/AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

(cognome e nome) _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori (1 e 2).

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara, sotto la propria responsabilità:

☐ di essere l'unico rappresentante legale del minore

☐ che l'altro **genitore(2)** (cognome e nome) _____

è assente per impedimento ma informato e consenziente.

*** DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, derivanti da attestazioni non veritiere

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** al trattamento dei dati con riferimento alle finalità dell'informativa riguardante la fornitura e la consegna di dispositivi medici prescritti ed alimenti a fini medici speciali (AFMS).

Firma del: ☐ paziente ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

(1) _____ (2) _____

*** Per DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000: allegare copia documento d'identità

L'interessato, nel caso di minore entrambi i genitori (o il genitore che ha prestato il consenso nelle medesime condizioni di cui sopra),

REVOCA/REVOCANO il consenso al trattamento dei dati personali, consapevole che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

Luogo _____ Data _____

Firma del: ☐ paziente ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

(1) _____ (2) _____

*** Per DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000: allegare copia documento d'identità