

**MODULO DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE A SEGUITO DELLA PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI
DATI PERSONALI E PARTICOLARI- NPIA (MAC522)**

Il presente documento deve essere allegato alla documentazione clinica

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 _____

Dati di contatto: mail _____ tel. _____ altro _____

in qualità di:

☐ **genitore (1)**

☐ **tutore (1)**

☐ **amministratore di sostegno (1)**

del paziente MINORE/del paziente INCAPACE

(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** alla visione per attività formative degli esercenti professioni sanitarie e per una migliore comprensione delle strategie comunicative da parte dei tutori/caregiver dei minori, di cui al punto 4

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** alle comunicazioni a terzi, di cui al punto 6:

☐ istituzioni scolastiche ☐ altre istituzioni _____ ☐ altri soggetti terzi _____

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, in particolare:

☐ alla visione per attività formative degli esercenti professioni sanitarie e per una migliore comprensione delle strategie comunicative da parte dei tutori/caregiver dei minori.

☐ alle comunicazioni a terzi

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