

**MODULO DA COMPILEARE E SOTTOSCRIVERE A SEGUITO DELLA PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI- CPS (MAC549 e MAC572)**

Il presente documento deve essere allegato alla documentazione clinica

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

nato il ____ / ____ / ____ a _____

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/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 conseniente

***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 veritieri

ACCONSENTI NON ACCONSENTI alle comunicazioni a terzi, di cui al punto 6:

istituzioni scolastiche altre istituzioni _____ altri soggetti terzi _____

AUTORIZZO la comunicazione di informazioni, correlate alle prestazioni ricevute, compreso lo stato di salute, secondo le seguenti indicazioni:

esclusivamente al sottoscritto Tel. _____;

al sottoscritto (ai recapiti sopra indicati) ed alle persone di seguito indicate:

al Sig.re/a _____ Tel. _____

al Sig.re/a _____ Tel. _____

La dichiarazione è valida fino a revoca e/o modifica della stessa da parte del/i sottoscritto/i.

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

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:

alle comunicazioni a _____ quale terzo (persona fisica o giuridica) sopra indicato, consapevole che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

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