

**MODULO DA COMPILARE 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 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** 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