

**MODULO DA COMPILEARE E SOTTOSCRIVERE A SEGUITO DELLA PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
**Attività Del Territorio-Consultori Familiari (MAC550)**

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (1) (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_

**OPPURE**

La/Il sottoscritta/o (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

La/Il sottoscritta/o (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

in qualità di:

**genitore/i (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 veritiero

ACCONSENTI    NON ACCONSENTI al trattamento dei dati per consentire ad ASST Ovest Milanese di fornire comunicazioni sul Suo stato di salute    al MMG/PLS    alle istituzioni scolastiche    ai Comuni    altri soggetti terzi \_\_\_\_\_

ACCONSENTI    NON ACCONSENTI al trattamento dei dati per trasmettere informazioni al partner o al familiare, qualora, durante il percorso di coppia/famiglia, sia necessario, nelle fasi in cui l'attività di cura non è svolta congiuntamente

ACCONSENTI    NON ACCONSENTI al trattamento dei dati per effettuare registrazioni audio/video per attività di formazione/promozione delle attività del servizio o per attività che non attengono rigorosamente alla cura, per le seguenti attività:

Firma del:  interessata/o    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:

- per consentire ad ASST Ovest Milanese di fornire comunicazioni sul Suo stato di salute al MMG/PLS, alle istituzioni scolastiche, Comuni ecc.  
 per trasmettere informazioni al partner o al familiare, qualora, durante il percorso di coppia/famiglia, sia necessario, nelle fasi in cui l'attività di cura non è svolta congiuntamente.  
 per effettuare registrazioni audio/video per attività di formazione/promozione o per attività che non attengono rigorosamente alla cura, consapevole/i che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del:  interessata/o    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