

MODULO DA COMPILARE 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 veritiere

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** 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 _____

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** 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

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** 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