

**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 sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
 nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_\_  
 rilasciato da \_\_\_\_\_

La/Il sottoscritto/a (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     altre strutture aziendali \_\_\_\_\_  
 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, altre strutture aziendali, altri soggetti terzi.

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