

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI
DATI PERSONALI DI UN MINORE****AI SENSI DELL'ART. 8
DEL REGOLAMENTO GENERALE UE 679/2016**

Preso visione dell'informativa fornitami dal Titolare del trattamento "ASST Fatebenefratelli-Sacco" ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 679/2016 sono consapevole che il trattamento riguarderà in particolare i miei dati personali sensibili idonei a rivelare lo stato di salute. Sono altresì a conoscenza che il presente consenso è considerato valido per la pluralità delle prestazioni cliniche e strumentali erogate da distinti Reparti ed Unità Operative di questa Azienda e che tale consenso può essere in ogni momento modificato ai sensi degli artt. 15 e ss. del Regolamento Europeo.

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il...../...../.....

residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____

C.F.: _____

identificato/a con Documento di identità n. _____ rilasciato il ____/____/____

in qualità di interessato al trattamento dei dati personali, avvalendosi della facoltà concessa dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

CERTIFICO DI ESSERE: (barrare solo le voci di interesse)

Genitore del minore e di esercitare la potestà genitoriale:

congiuntamente all'altro genitore (nome e cognome) _____

nato a _____ prov. _____ il...../...../.....

residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____

presente assente, ma è INFORMATO e AUTORIZZA a procedere per il minore

disgiuntamente dall'altro genitore in forza del seguente Provvedimento _____ n. _____

in data/...../....., repertorio _____ Autorità _____

Genitore unico in quanto ragazza madre vedovo/a unico genitore che ha riconosciuto il minore

altro (specificare) _____

Terzo avente diritto in forza di:

Delega dei/del genitori/e, come da atto di delega che si esibisce

Provvedimento _____ n. _____ in data/...../....., repertorio _____

Autorità _____

Data/...../..... Firma _____

(leggibile)

DICHIARO

di aver acquisito e compreso l'Informativa della ASST Fatebenefratelli-Sacco e di essere consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e i dati "sensibili" ritenuti indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni richieste (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato)

CONCEDO IL CONSENSO SI NO

al trattamento dei miei dati personali alla ASST Fatebenefratelli-Sacco, per finalità di cui alla informativa e del minore:

Nome e Cognome _____, nato a _____

il...../...../.....residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____

C.F.: _____

Il consenso è valido anche per trattamenti di dati sanitari per prestazioni richieste in futuro.



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI
DATI PERSONALI DI UN MINORE**

**AI SENSI DELL'ART. 8
DEL REGOLAMENTO GENERALE UE 679/2016**

CONCEDO IL CONSENSO SI NO

alla comunicazione dei dati personali del minore, alla ASST Fatebenefratelli-Sacco, per finalità istituzionali strettamente connesse agli scopi di assistenza sanitaria e di tutela dell'incolumità fisica, in particolare a:

- Soggetti pubblici o privati coinvolti nel percorso diagnostico-terapeutico;
- Regione per finalità amministrative di competenza regionale;
- Azienda sociosanitaria di residenza (se diversa da quella di accesso);
- Comune di residenza;
- Servizi Sociali dei Comuni per le attività connesse all'assistenza di soggetti deboli;
- Forze dell'Ordine e Autorità Giudiziaria;
- Medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, quando previsto;
- INPS/INAIL.

Data/...../..... Firma _____
(leggibile)

Inoltre

CONCEDO IL CONSENSO SI NO

alla comunicazione dei dati personali e dello stato attuale di salute del minore a:

	nome	cognome	indirizzo	telefono
Coniuge				
Familiare				
Medico Curante				
Altro				

Data/...../..... Firma _____
(leggibile)