

**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)