



**MANIFESTAZIONE CONSENSO ALLA VISITA NEURPSICHIATRICA INFANTILE  
E DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO  
DEI DATI PERSONALI**

**Il sottoscritto/a GENITORE 1 esercente la potestà genitoriale**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ (n.°) \_\_\_\_\_ (CAP) \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

cell \_\_\_\_\_ tel fisso \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

e

**il sottoscritto/a GENITORE 2 esercente la potestà genitoriale**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ (n.°) \_\_\_\_\_

(CAP) \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_)

cell \_\_\_\_\_ tel fisso \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

**del soggetto interessato**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ (n.°) \_\_\_\_\_ (CAP) \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_, Prov. (\_\_\_\_)



**sottoscrivendo il presente modulo dichiarano**

- **di aver preso visione e di aver compreso il contenuto dell'informativa sul trattamento dei dati rilasciata ai sensi del Reg. (UE) 2016/679** e presente in accettazione e di essere a conoscenza che il conferimento dei dati è necessario ai fini dell'esecuzione della prestazione sanitaria richiesta.
- di aver ricevuto da Medivela la scheda informativa e di aver ricevuto dal Medico tutti i chiarimenti e le informazioni ulteriormente richiesti
- di acconsentire a che il minore venga sottoposto a tale visita e al trattamento terapeutico eventualmente occorrente
- di acconsentire che il minore, in ragione dell'età (anni \_\_\_\_ ) venga informato e coinvolto dal Medico nel percorso diagnostico-terapeutico
- di essere disponibili, ove occorrente, a portare il Medico a conoscenza di notizie e/o documenti relativi alla propria condizione clinica se ritenuti necessari e/o opportuni nell'interesse del minore

Alla data odierna sono presenti entrambi i genitori

Data \_\_\_\_\_

Firma Genitore 1– esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

Firma Genitore 2 – esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

|                            |
|----------------------------|
| <b>REVOCA DEL CONSENSO</b> |
|----------------------------|

I sottoscritti GENITORE 1 e GENITORE 2 revocano il sovra indicato consenso

Data \_\_\_\_\_

GENITORE 1 – esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

GENITORE 2 – esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

MOD B