



**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.º) _____ (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.º) _____

(CAP) _____ Comune _____

Prov. (____)

cell _____ tel fisso _____

mail _____

del soggetto interessato

Cognome _____ Nome _____

nato il ____ / ____ / ____ , a _____ Prov. ____ ,

C.F. _____

Indirizzo di residenza _____ (n.º) _____ (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 _____

REVOCA DEL CONSENSO

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