



AUTOCERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE ALLA PRESTAZIONE SANITARIA DI SOGGETTI VULNERABILI MINORI E NON AUTOSUFFICIENTI DELEGA (ove necessario)

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

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

C.F. _____

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

Comune _____ Prov. (____)

cell _____ tel fisso _____

mail _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi d l'art.76 del DPR 445/2000 ed informato/a ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) che i dati personali ivi raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità di cui alla presente dichiarazione¹ , sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di esercitare la responsabilità genitoriale e/o legale nei confronti del soggetto incapace ovvero vulnerabile (minore, anziano non autosufficiente, altro soggetto incapace etc.) così identificato:

Cognome _____ Nome _____

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

C.F. _____

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

Comune _____ , Prov. (____)

- di autorizzare la prestazione sanitaria _____ da effettuarsi nei confronti del soggetto sopra indicato in data _____
- di aver preso visione e di aver compreso il contenuto dell'informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata ai sensi del Reg. (UE) 2016/679 presente in accettazione e di essere a conoscenza che il conferimento dei dati è necessario ai fini dell'esecuzione della prestazione sanitaria richiesta.

¹ Si rimanda più nel dettaglio ai contenuti della Informativa privacy resa disponibile dalla Struttura.



Inoltre, in caso di affidamento congiunto e di ulteriore soggetto esercente la potestà genitoriale, il firmatario

DICHIARA

- di aver avvisato ed informato l'altro genitore/ esercente la potestà genitoriale sul minore, il quale non si è opposto ed autorizza l'esecuzione della prestazione sanitaria sopra indicata
- di manlevare il Poliambulatorio Medivela da qualsivoglia eventuale rimozione da parte dell'altro genitore esercente la potestà sul paziente minore correlata alla predetta autorizzazione alla prestazione sanitaria.

data _____

Firma _____

DELEGA (ove necessario)

Cognome _____ Nome _____
nato il ____/____/_____, a _____ Prov. _____
C.F. _____
Indirizzo di residenza _____ (n.º) _____ (CAP) _____
Comune _____ Prov (_____)
Documento _____ N.º _____

- all'accompagnamento del soggetto vulnerabile di cui sopra per l'accesso alle seguenti prestazioni sanitarie _____
- al ritiro di documenti, referti ed esiti relativi alle medesime prestazioni

Letto confermato e sottoscritto

Luogo e data _____

Il dichiarante (firma per esteso e leggibile) _____

- Allega fotocopia del seguente documento di identità in corso di validità