DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Resa nell'ambito del consenso informato per prestazioni sanitarie su pazienti minorenni

Io sottoscritto/a

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Residenza _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

- Di essere genitore del minorenne

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Residenza _____

- di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età;

- che il mio stato civile è il seguente (barrare la voce che corrisponde alla propria situazione):

☐ coniugato/a ☐ vedovo/a

☐ separato/a - divorziato/a, in situazione di:

☐ affidamento congiunto ☐ genitore affidatario ☐ genitore non affidatario

☐ stato libero, in situazione di:

☐ affidamento congiunto ☐ genitore affidatario ☐ genitore non affidatario

☐ di esercitare la responsabilità genitoriale congiuntamente all'altro genitore e, sussistendo l'accordo di quest'ultimo sulla prestazione richiesta, di esprimere il consenso anche in suo nome per gli atti di ordinaria amministrazione

- che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per *(barrare la voce che corrisponde alla propria situazione)*:

☐ lontananza

☐ impedimento

☐ altro (specificare) _____

- che, ai fini dell'applicazione della Legge dell'8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al Codice Civile) – limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito che io eserciti la responsabilità genitoriale separatamente: SI ☐ NO ☐ *(barrare la voce che corrisponde alla propria situazione)*

- altro: _____

Cinisello Balsamo, _____

Il/la Dichiarante

_____

La presente istanza è corredata da fotocopia del documento di identità del/della dichiarante.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679 (Regolamento)

1. **Titolare del trattamento:** CBF S.r.l. (Centro Polisalute), Via De Amicis 67, 20092 Cinisello Balsamo (MI); info@centropolisalute.it. Direttore sanitario: Dott.ssa Marina Poggio.
2. **Responsabile della protezione dei dati (DPO):** contattabile all'indirizzo dpo@centropolisalute.it
3. **Finalità e base giuridica:** i dati del minore e dell'esercente la responsabilità genitoriale sono trattati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste (diagnosi, cura e assistenza) ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. h) del Regolamento, nonché per l'adempimento di obblighi di legge applicabili (art. 6, par. 1, lett. c) del Regolamento.
4. **Categorie di dati:** dati anagrafici e identificativi del minore e del genitore dichiarante; dati relativi alla salute del minore, appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento.
5. **Destinatari:** personale sanitario e amministrativo autorizzato; soggetti che trattano i dati per conto del Titolare in qualità di responsabili del trattamento (fornitori di servizi informatici e gestionali); soggetti pubblici nei casi previsti dalla legge. I dati non sono diffusi né trasferiti al di fuori dell'Unione europea.
6. **Conservazione:** i dati sono conservati per i tempi previsti dalla normativa in materia di documentazione sanitaria e dalla policy di conservazione del Titolare.
7. **Diritti dell'interessato:** l'interessato, per il tramite dell'esercente la responsabilità genitoriale, può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento rivolgendosi al Titolare ai recapiti sopra indicati e proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. L'informativa completa è disponibile presso la reception e sul sito www.centropolisalute.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso le informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 esposte nell'informativa. Prendo atto che il trattamento dei dati personali del minore, comprese le categorie particolari relative alla salute di cui all'art. 9 del Regolamento, è effettuato per le finalità di cura, diagnosi, assistenza e terapia sanitaria ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. h), del Regolamento, nonché per l'adempimento di obblighi di legge eventualmente applicabili, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cinisello Balsamo, _____

Il/la Dichiarante

_____

Nel caso di prestazioni non routinarie o di straordinaria amministrazione, la presente dichiarazione e il relativo consenso devono essere sottoscritti da entrambi i genitori o dagli esercenti la responsabilità genitoriale.

L'altro genitore / esercente la responsabilità genitoriale

_____