



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI MINORI

Sede :

U.O. :

Numero Progressivo: /

I sottoscritti e

rispettivamente identificati a mezzo di seguenti validi documenti d'identità:

tipo numero rilasciato il da

tipo numero rilasciato il da

consapevoli delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, esercitando

la rappresentanza legale sull'assistito in qualità di (*specificare: genitore, tutore, curatore*).....
del/della minore:

nato/a il

residente a via/piazza.....

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 196/2003, consapevoli che il trattamento riguarderà i dati sensibili come definiti all'articolo 4, lettera d, del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale",

autorizzano

l'ASL Napoli 1 Centro al trattamento dei dati personali del predetto minore in ambito sanitario a fini di prevenzione, diagnosi e cura, nonché a fini amministrativi, contabili e fiscali così come indicato nell'informativa.

.....
(luogo e data)

.....
firme leggibili

Da compilare in caso di presenza di un solo genitore

Il sottoscritto genitore presente
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara che l'altro genitore è informato ed **acconsente** al trattamento dei dati personali del minore.

.....
(luogo e data)

.....
firma leggibile (*)