

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

(Reg. 2016/679 CE – D.Lgs. 196/03 – D.Lgs. 101/18)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_.

esercente la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_,

dichiara di essere stato informato su:

1. le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, come riportato nell'informativa di cui ha preso visione;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati come da informativa
3. il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione, nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
4. l'identificativo del Titolare del trattamento dei dati personali, nonché l'indirizzo e i metodi per poterlo contattare;
5. la necessità di fornire i dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Con l'apposizione della firma sul presente modulo esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali di entrambi i soggetti per le attività correlate con la pratica sanitaria  
(consenso **obbligatorio** al fine di poter accedere ai trattamenti sanitari)

**Inoltre**

*acconsento*

*non acconsento*

Al trattamento dei dati da me forniti per le finalità secondarie (**PER ESEMPIO RICHIAMI PERIODICI**) indicate nell'informativa di cui ho preso visione.

(consenso **facoltativo**, in caso non venisse dato non sarebbe pregiudicato l'accesso alle prestazioni sanitarie)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Per accettazione  
*Il genitore*

---

