



Reparto _____ P.O. Busto A. Saronno Gallarate Somma Angera

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome in stampatello).....

Nato/a il Residente a Via

C.F. Doc. di identità n. rilasciato da
..... in data

Avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

CERTIFICA DI ESSERE: (barrare solo le voci di interesse)

Genitore del minore e di esercitare la **potestà genitoriale:**

congiuntamente all'altro genitore(dati e c.f.).....

nato a il Residente via.....

Doc. di identità n. rilasciato da..... in data.....

presente **assente**, ma è **INFORMATO** e **AUTORIZZA** a procedere per il minore

disgiuntamente dall'altro genitore in forza del seguente Provvedimento n. in data

.....repertorio/registro Autorità di

Genitore unico in quanto ragazza madre vedovo/a unico genitore che ha riconosciuto il minore altro (specificare)

Terzo avente diritto in forza di:

Delega dei/del genitori/e, coma da atto di delega che si esibisce e si allega al presente modulo

Provvedimento n. in data repertorio/registro

..... Autorità di

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONE

➔ **DICHIARA** di aver acquisito e compreso l'Informativa dell'ASST ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 679/2016 e di essere consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" cioè idonei a rivelare lo stato di salute (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato).

➔ **ESPRIME IL CONSENSO al trattamento dei dati del minore** (nome e cognome e c.f.)..... nato/a a il residente a in Via per le finalità e con le modalità descritte nell'Informativa.

AUTORIZZA A FORNIRE NOTIZIE RELATIVE ALLA SALUTE:

Al/alla sottoscritto/a e a nessun altro soggetto anche se avente diritto per legge

Al medico curante (nome e cognome)

Ai Familiari (nome e cognome)

Altro

Espressamente **non autorizza** a fornire notizie relative alla salute del minore ai seguenti soggetti (nome e cognome)

➔ **AUTORIZZA A FORNIRE INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN OSPEDALE¹:**

Chiunque ne faccia richiesta Nessuno

Espressamente **non autorizza** le persone qui indicate (nome e cognome).....

Consapevole che tutte le persone non espressamente sopraindicate devono ritenersi autorizzate.

Data/...../..... Firma leggibile del dichiarante

NOTA BENE: La presente dichiarazione deve essere presentata con gli allegati previsti nel retro del presente modulo alla voce "Documentazione da allegare alla dichiarazione di consenso al trattamento dei dati del minore".

¹ **Note per il personale di U.O.**

- Copia del presente modulo dovrà essere inviata all'Ufficio Accettazione Ricoveri **SOLO** nel caso in cui il ricoverato **NON AUTORIZZI** a fornire informazioni sulla sua presenza in Ospedale.

- I nominativi delle persone **non autorizzate** a ricevere informazioni circa la presenza del paziente in Ospedale devono essere comunicati tempestivamente dal personale di reparto al Servizio Portineria di Presidio.



Gentili signori,

1. L'ASST Valle Olona desidera informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche. Si tratta dei dati forniti da voi stessi o acquisiti sempre con il vostro consenso, anche verbalmente e anche in caso di ricovero o di prestazioni ambulatoriali.
2. Qualora si rendesse necessario per una migliore valutazione del paziente e quindi esclusivamente a scopo diagnostico terapeutico, e solo se specifiche esigenze di cura e tutela del minore lo richiedano, si farà ricorso a documentazione fotografica e video. La visione delle immagini sarà consentita solo al personale autorizzato, tenuto alla cura ed assistenza del minore ed a tal fine appositamente formato ed istruito. Tale documentazione iconografica verrà trattata come "documentazione sanitaria" allegata alla cartella clinica del paziente e pertanto conservata presso gli archivi dell'Ospedale senza limiti di tempo. L'accesso a tale documentazione sarà consentita solo agli aventi diritto.
3. Anche in caso di uso di computer, sono adottate misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto di dati anche da parte degli operatori, nel rispetto del segreto professionale e riservatezza. Sono tenuti a queste prescrizioni anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli.
4. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario secondo il piano di cura o previsto dalla legge.
5. Fuori dai casi previsti dalla legge, sono trattati dati personali e/o sensibili anche mediante comunicazione ai terzi, previa specifica richiesta scritta, qualora trattasi di "Strutture sanitarie, educative, riabilitative, Scuole di riferimento, Enti Locali, Operatori Comunità, Organi Giudiziari". Tali comunicazioni verranno rilasciate in forza del consenso acquisito al primo contatto con questa Struttura Aziendale.
6. Le comunicazioni telefoniche, tramite fax o posta elettronica saranno oggetto di esplicita manifestazione di consenso.
7. Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione.
8. Il consenso nel caso di minori deve essere rilasciato **per legge da entrambi i genitori**. I genitori devono autocertificare il proprio stato genitoriale e di potestà, allegando all'autocertificazione fotocopiata del proprio documento di Identità in corso di validità. In assenza di 1 o entrambi i genitori dovrà essere dimostrato lo status di "legittimato" producendo la documentazione riportata nella tabella qui sotto riportata.
9. L'ASST Valle Olona ha il diritto/dovere di accertare d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 D.P.R. 445/2000, la veridicità del contenuto delle autocertificazioni e delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio.
10. Il consenso acquisito al primo contatto resterà agli atti di questa Azienda, e avrà valore senza limite di tempo fino a nuova diversa comunicazione dell'interessato in merito, che deroghi espressamente al consenso rilasciato.
11. Il consenso può essere acquisito anche oralmente in forma semplificata quando trattasi di prestazioni erogate in casi di emergenza-urgenza.
12. In qualsiasi momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.
13. Per tutto quanto non esplicitamente riportato nella presente informativa valgono le informazioni di cui all'informativa generale vigente in ASST.

Documentazione da allegare alla dichiarazione di consenso al trattamento dei dati del minore

Soggetto	Allegati	Note
Genitori di minore (entrambi con potestà genitoriale)	- Fotocopia fronte e retro di doc. di identità in corso di validità del minore - Fotocopia fronte e retro di doc. di identità in corso di validità di entrambi i genitori - Qualora assente uno dei genitori: dichiarazione sostitutiva atto notorio del genitore presente che attesti il consenso del genitore assente	☞ Il dichiarante deve presentarsi munito di fotocopia degli allegati.
Genitore unico di minore	-Atto giudiziario per decadimento di potestà di uno dei genitori/dichiarazione sostitutiva atto notorio che certifica il decadimento di potestà di uno dei genitori - Atto amministrativo/dichiarazione sostitutiva atto notorio attestante la condizione di unico genitore (per esempio in caso di morte dell'altro genitore) - Fotocopia fronte e retro di doc. di identità in corso di validità del minore - Fotocopia fronte e retro di doc. di identità in corso di validità del genitore dichiarante	☞ In caso di dichiarazione sostitutiva atto notorio, il richiedente dovrà fornire tutti gli elementi che consentono all'ASST l'accertamento d'ufficio di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000.
Terzi aventi diritto nei confronti di minore con genitori	- Delega dei/del genitori/e con relative/a fotocopia/a fronte e retro dei documenti di identità in corso di validità, comprovante anche lo status di genitori dei deleganti. - Fotocopia fronte e retro di doc. di identità in corso di validità del minore - Fotocopia fronte e retro di doc. di identità in corso di validità del Terzo avente diritto	
Terzi aventi diritto (accompagnatore) nei confronti di minore senza genitori	- Provvedimento del Giudice Tutelare/dichiarazione sostitutiva atto notorio dell'accompagnatore che certifica l'adozione o lo stato di affidamento del minore - Atto giudiziario/ dichiarazione sostitutiva atto notorio dell'accompagnatore che attesti il decadimento della potestà dei genitori - Fotocopia fronte e retro di doc. di identità in corso di validità del minore - Fotocopia fronte e retro di doc. di identità in corso di validità del Terzo avente diritto	