

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	<p>MODULO</p> <p>CONSENSO E INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI DEL MINORE e dichiarazione sostitutiva di certificazione. Attività Area Territoriale</p>	<p>Cod.: MOD13POL02</p> <p>Data: 03/12/2018 Rev. 01 Pagina 1 di 2</p>
--	--	---

AREA TERRITORIALE DI

Busto A.  Saronno  Gallarate  Somma

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 qualità di:
  - Delegato dai/dal genitori/e, coma da atto di delega che si esibisce e si allega al presente modulo
  - Tutore come da Provvedimento ..... n. ....in data .....  
 repertorio/registro.....Autorità.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

⇒ **DICHIARA** di aver acquisito e compreso le Informazioni dell'ASST ex art. 13 del Reg. UE 679/2016

⇒ **ESPRIME IL CONSENSO al trattamento dei dati del minore** (nome e cognome ).....  
 .....nato/a a.....il.....  
 C.F. .... Residente a.....via.....  
 per le finalità e con le modalità descritte nell'Informativa.


⇒ **ESPRIME IL CONSENSO AL SUO DOSSIER SANITARIO**                       **SI**                       **NO**

**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) .....

**Data** ...../...../.....                      **Firma leggibile (P/T)**.....  
 (Genitori/Tutore)                      **(M)**.....

**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".

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	<b>MODULO</b>  <b>CONSENSO E INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI DEL MINORE e dichiarazione sostitutiva di certificazione. Attività Area Territoriale</b>	Cod. MOD13POL02  Data: 03.12.2018 Rev . 01 Pagina 2 di 2
---	---	--

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 <b>minore</b> (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 con fotocopia degli allegati. In alternativa la registrazione fatta dal funzionario evita di acquisire la copia degli allegati.
Genitore unico di <b>minore</b>	-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
Terzi aventi diritto nei confronti di <b>minore</b> con genitori	- Delega dei/del genitori/e con relative/a fotocopie/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	d'ufficio di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000.
Terzi aventi diritto (accompagnatore) nei confronti di <b>minore</b> 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	