|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Consenso e informativa per il trattamento dei dati dei MINORI e dichiarazione sostitutiva di certificazione****Attività Vaccinale**  |  |

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 **responsabilità 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 (A1107\_P22\_POL01\_ MD22) che si esibisce e si allega al presente modulo

❑ Tutore come da Provvedimento………………………………………….. n. ……………..in data ……………..…. repertorio/registro ……………………………………….. Autorità…………………… di………………………………………….…

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**DICHIARA** *di aver acquisito e compreso* *l’Informativa dell’ASST Valle Olona ex art. 13 del Reg. UE 679/2016 e di essere consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati 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 )………………………………..

…………….…………..……………………nato/a a………………………………………….il…………………

C.F. ……………………………………. Residente a………………….…………via……….................................

per le finalità e con le modalità descritte nell’informativa e autorizzo i seguenti dati di contatto:

Telefono n……………………………………………e-mail…………………………………………………………

**Data ........................ Firma leggibile dei Genitori / Tutore**

**1)………………………………………**

 **2)………………………………………**

**N.B.: ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ**

**INFORMATIVA**

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 sanitari 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 responsabilità, allegando all’autocertificazione fotocopiata del proprio documento di identità in corso di validità. In assenza di uno o entrambi i genitori dovrà essere dimostrato lo status di “legittimato” producendo o autocertificando idonea documentazione.

9. L’ASST Valle Olona ha il diritto/dovere di accertare d’ufficio, ai sensi dell’art. 43 DPR 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.