

I sottoscritti (\*) madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_

Tutore legale \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

del/della minore \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

**DICHIARIAMO**

di essere stati informati dal dr. \_\_\_\_\_ che il/la minore, a cui è stato chiesto parere, compatibilmente con l'età, il grado di maturità e la capacità di comprendere quanto gli/le sta accadendo, verrà sottoposto/a alla procedura: \_\_\_\_\_

per(*diagnosi*) \_\_\_\_\_

Che tale procedura, le sue finalità, i benefici le modalità di esecuzione, i rischi e le complicanze, i possibili problemi relativi alle conseguenze di un eventuale rifiuto ci sono stati illustrati dal Dottor \_\_\_\_\_ e sono stati da noi compresi.

Siamo stati informati di poter rifiutare ogni informazione in merito alla/e procedura/e proposta/e, pur acconsentendo alla esecuzione.

Sono/siamo stato/i altresì informato/i di poter revocare il consenso dato in qualsiasi momento.

\_ **Accenso/accensiamo** che nostro/a figlio/a sia sottoposto/a alle procedure sopra indicate

\_ **Non accenso/non accensiamo** che nostro/a figlio/a sia sottoposto/a alle procedure sopra indicate

\_ **Accenso/accensiamo** che nostro/a figlio/a sia sottoposto/a solo alla procedura \_\_\_\_\_

\_ Il consenso è avvenuto con intervento di un mediatore/interprete di lingua \_\_\_\_\_

**Stato di gravidanza**  si  no  non noto (*per la minore che abbia raggiunto l'età fertile*)

Firma della madre \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma del Tutore Legale \_\_\_\_\_

Firma e matricola del medico \_\_\_\_\_

Dichiaro/ dichiariamo di **revocare il consenso**

Firma madre \_\_\_\_\_ Firma padre \_\_\_\_\_

Firma Tutore Legale \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**NB.** Il consenso dato può essere revocato sino al momento immediatamente precedente l'esecuzione della procedura

**(\*) Nella impossibilità di avere le firme di entrambi i genitori, è necessaria l'autocertificazione che attesti anche il consenso del genitore assente.**

**DICHIARAZIONE MOTIVAZIONE DI ASSENZA DI UNO DEI GENITORI**

**Dichiara**

-di essere genitore del paziente \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

-di essere stato informato delle disposizioni del Codice Civile che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni, che il mio stato civile è il seguente:

coniugato/a  vedovo/a  separato/a  divorziato/a,

in situazione di:  affidamento congiunto  genitore affidatario  genitore non affidatario

-che, ai fini dell'applicazione dell'art.317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:  lontananza  impedimento  altro \_\_\_\_\_

-che, ai fini dell'applicazione della Legge 8/2/06 n.54 art.1, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

**che il sottoscritto esercita la potestà separatamente**

**altro** \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante \_\_\_\_\_

La presente istanza è stata sottoscritta in presenza di: Firma del Medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Si trattiene la seguente documentazione del paziente**

radiografie  TAC

ecografie  Esami emotochimici

RMN  Esami funzionali

Firma del ricevente \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
n. telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_ (genitore, tutore, amministratore di sostegno)  
del paziente \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere a conoscenza degli esami medici cui verrà sottoposto il paziente, presso la struttura e di essere impossibilitato ad accompagnarlo,

**DELEGA**

Il signor/ la signora \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_

ad accompagnare il paziente, firmare la documentazione necessaria per l'accettazione, acquisire informazioni dal personale della struttura sulla salute del paziente e ritirare l'esito degli esami.

**ATTENZIONE**

- **Esibire copia del documento di identità del delegante e documento del delegato.**
- **False dichiarazioni, falsità negli atti e uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa).**

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **FIRMA DELEGANTE** \_\_\_\_\_

**Informativa privacy**

Ai sensi dell'art. 13 Reg 679/2016, i dati sono trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 679/2016, con mezzi informatici e/o cartacei, dal personale interno, debitamente autorizzato ed eventualmente da pubblici ufficiali in caso di reato. Il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di accertamento dell'identità del delegato e del delegante per la consegna del referto, in caso di rifiuto di esibizione dei dati richiesti, il servizio non potrà essere erogato. I dati trattati non sono diffusi o comunicati all'esterno e sono conservati per 6 mesi dalla consegna del referto. L'interessato gode dei diritti a tutela della propria privacy, tra cui il diritto d'accesso di rettifica, aggiornamento, completamento, cancellazione dei dati erronei, incompleti, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

L'interessato potrà far valere i propri diritti rivolgendosi direttamente a:

- Titolare del trattamento: **Ambulatorio Radiologico Dott. Foco di Maria Teresa Foco srl**, Via Edilio Raggio, 87 - 15067 Novi Ligure (AL), contatti: Tel. 0143.2564, Fax 0143.745877, E-mail [info@studiofoco.it](mailto:info@studiofoco.it)
- Responsabile Protezione Dati: **Certim srl** Corso Italia 70, 41058 Vignola (MO), contatti: Tel. 059.767693, Fax 059.767694, E-mail [privacy@certim.it](mailto:privacy@certim.it)

L'interessato ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito ufficiale dell'Autorità: [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)