

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/acconsentiamo** che nostro/a figlio/a sia sottoposto/a alle procedure sopra indicate

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

_ **Accenso/acconsentiamo** 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 genitore _____

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
- Responsabile Protezione Dati: **Certim srl** Corso Italia 70, 41058 Vignola (MO), contatti: Tel. 059.767693, Fax 059.767694, E-mail 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