

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
(art. 6 lett. a) – art. 9 par. 2 lett. a) REG. UE 2016/679)**Il sottoscritto/a**

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

presa visione dell'informativa fornita dall'ASL CN1 e consapevole dei diritti che può esercitare in base alla normativa sulla "Privacy", incluso quello di revocare il presente consenso,

AUTORIZZA

l'ASL CN1, a trattare i propri dati relativi alla salute.

Luogo e data _____

(FIRMA - leggibile – dell'interessato)_____
Firma (leggibile) del rappresentante con
indicazione della qualità dallo stesso rivestita (**)

(**) Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità d'agire (minorenne) o per incapacità di intendere o di volere (interdetto), il consenso è manifestato da chi lo rappresenta legalmente (esercenti responsabilità genitoriale, tutori etc), previa compilazione della dichiarazione sostitutiva che segue.

Data _____

Operatore che ha ricevuto il consenso
(firma leggibile)

() DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - ATTO DI NOTORIETA'**
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia responsabilità

DICHIARO

Di essere

- ☐ titolare della responsabilità genitoriale
☐ tutore
☐ amministratore di sostegno appositamente a ciò delegato
☐ _____

dell'interessato (indicare nome cognome luogo e data di nascita)

Letto, confermato e sottoscritto
(luogo e data)) _____

(il/la dichiarante) _____

(*) Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo.

(*) Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

Data, timbro e firma del dipendente addetto
