CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Il/la sottoscritto/a	
nato/a a	
il	
n. tessera sanitaria o codice fiscale	
in qualità di	
del minore	

DICHIARA di aver ricevuto dalla dottor/ssa …… per iscritto l'**INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**, di averla **LETTA E COMPRESA IN OGNI PUNTO**.

FORNISCE ESPLICITO CONSENSO AL TRATTAMENTO, vale a dire che il/la dottor/ssa, titolare del trattamento, e i soggetti abilitati al trattamento raccolgano, registrino, conservino, utilizzino, comunichino i suoi dati con strumenti informatici e cartacei per le finalità di diagnosi e cura e, in forma esclusivamente anonima, a scopo di ricerca.

AUTORIZZA il/la dottor/ssa, titolare del trattamento, e i soggetti abilitati al trattamento, secondo le rispettive competenze, a **fornire informazioni** relative allo stato di salute del minore alle persone da me indicate:

1	
2	
3	
4	

AUTORIZZA il/la dottor/ssa, titolare del trattamento, e i soggetti abilitati al trattamento, secondo le rispettive competenze, a **consegnare la documentazione** sanitaria del minore (ricette, prescrizioni, referti, cartelle) alle persone da me delegate e sottoindicate:

1	
2	
3	
4	

Firma dei genitori o esercenti la patria potestà

……..,

_____

_____