

## INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome/i) \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Telefono (cellulare) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Professione (facoltativo) \_\_\_\_\_

Assicurazione medica: (nome) \_\_\_\_\_ (n° tessera) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(codice fiscale NON RICAVALO DA INTERNET) \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_ Inviato da \_\_\_\_\_

### Da compilare solo in caso di accompagnamento di Minore:

In qualità di:  Genitore  Legale rappresentante (tutore, curatore ecc.) \_\_\_\_\_

del/la Minore (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome/i) \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (codice fiscale) \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la mia personale responsabilità, in osservanza di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e dalla normativa nazionale sul Trattamento dei dati

**DICHIARO**

di aver preso debitamente e correttamente visione dell'Informativa Privacy dell'Aventino Medical Group (A.M.G.) esposta in sala d'attesa e pubblicata sul sito ufficiale della Struttura (di cui Mi sarà consegnata copia cartacea in caso di richiesta), in cui sono dettagliatamente e specificatamente:

- spiegate le **finalità e le modalità di trattamento** dei dati personali, anche sensibili e genetici dei Pazienti, connesse ad attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, prestazioni farmaceutiche e specialistiche, nonché per i correlati adempimenti di legge, per finalità gestionali e statistiche, in adempimento degli obblighi previsti dalla normativa in tema di servizio sanitario nazionale;
- indicati i Soggetti e le Categorie di soggetti (Responsabili, Incaricati, DPO) preposti al trattamento dei dati o che possono per ragioni inerenti la loro attività venire comunque a conoscenza (Medici, Consulenti, Strutture sanitarie esterne ecc.);
- indicate le Misure di protezione adottate al fine di garantire la massima sicurezza degli strumenti informatici e non, presso cui i suddetti dati sono conservati e trattati;
- elencati e spiegati i **Miei Diritti** così come previsti dal Regolamento UE 2016/679 e dalla normativa nazionale relativa al Trattamento dei dati e le modalità con cui i predetti possono legittimamente essere esercitati all'interno dell'Aventino Medical Group.

I dati **non sono comunicati a terzi**, tranne quando ciò dovesse rendersi necessario per ragioni di salute e sicurezza o sia espressamente previsto dalla legge.

**AUTORIZZO** l'AMG e gli Specialisti ivi operanti a **fornire informazioni** sul Mio stato di salute ai familiari e/o conoscenti di seguito indicati, identificati a mezzo valido documento di identità:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO** l'A.M.G. e gli Specialisti ivi operanti all'invio della documentazione sanitaria a Me relativa:

- a mezzo email al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO** l'A.M.G. e gli Specialisti ivi operanti alla **trasmissione** dei Miei dati sanitari e della documentazione relativa al Mio stato di salute al

Dr. (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

con Ambulatorio in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ATTO DI DELEGA PER L'ACCOMPAGNATORE DEL/LA MINORE  
E MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER I GENITORI/LEGALI RAPPRESENTANTI  
(ART.47 D.P.R. 445/2000).**

Io sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Cod.Fisc.) \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**In qualità di:**     Genitore     Legale rappresentante (tutore, curatore ecc.) \_\_\_\_\_  
 Del/la Minore (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Cod.Fisc.) \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**DELEGO**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_ **Cod.Fisc** \_\_\_\_\_

- a prestare il **consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili e genetici del minore**, previa acquisizione di tutte le informazioni di cui Regolamento UE 2016/679 e alla normativa nazionale in materia di trattamento dei dati, come riportate nell'apposito modulo di informativa presente in sala d'attesa e sul sito internet di Aventino Medical Group;
- a prestare il **consenso all'esecuzione della prestazione sanitaria sul minore**, previa idonea, esauriente e comprensibile informazione in merito alla suddetta prestazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Delegante \_\_\_\_\_

La Minore, maggiore di anni 14 potrà prestare autonomamente il proprio consenso nel caso richieda:

- Test di accertamento di gravidanza (esame Beta-HCG) purché debitamente prescritto da un medico di struttura sanitaria o consultorio (ex art. 2 L. 194/1978).

Il/la Minore, maggiore di anni 16 potrà prestare autonomamente il proprio consenso nel caso richieda:

- Test di accertamento di malattie sessualmente trasmissibili (ex art. 4 L. 837/1956);
- Test di accertamento diagnostico finalizzato a verificare l'uso di sostanze stupefacenti. Es. esame del capello e delle urine (ex DPR 9 ottobre 1990 n. 309);
- Test dell'HIV (ex art. 5 L. 135/1990).

**ATTO DI DELEGA ALL'ACCOMPAGNATORE DELL'INCAPACE  
E MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/LEGALE RAPPRESENTANTE  
(ART.47 D.P.R. 445/2000).**

Io sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Cod.Fisc.) \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

- Genitore
- Curatore/Tutore
- Amministratore di sostegno
- Legale rappresentante

di (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Cod.Fisc.) \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

**DELEGO**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_ **Cod.Fisc** \_\_\_\_\_

- a prestare il **consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili e genetici del minore**, previa acquisizione di tutte le informazioni di cui Regolamento UE 2016/679 e alla normativa nazionale in materia di trattamento dei dati, come riportate nell'apposito modulo di informativa presente in sala d'attesa e sul sito internet di Aventino Medical Group;
- a prestare il **consenso all'esecuzione della prestazione sanitaria**, previa idonea, esauriente e comprensibile informazione in merito alla suddetta prestazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Delegante \_\_\_\_\_