



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI MINORI

Regolamento UE 2016/679 e provvedimenti del garante

I sottoscritti:

• Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residente a _____ in _____

• Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residente a _____ in _____

esercitando la rappresentanza legale in qualità di _____

del/della minore _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

in _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi degli artt. 12 e 13 del Regolamento UE 2016/679, consapevoli che il trattamento riguarderà i dati "particolari" come definiti dall'art. 9 del citato regolamento, vale a dire i dati personale che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

L'ASST Melegnano e Martesana al trattamento dei dati personali del minore in ambito sanitario:

nello specifico l'accesso alla documentazione sanitaria (cartella clinica, relazione dei medici, accertamenti specialistici etc) per approfondire e valutare quanto segnalato ai fini dell'istruttoria conseguente alla nostra richiesta.

Data _____

Firma dichiaranti

Da compilare in caso di presenza di un solo genitore:

Il genitore sottoscrittore dichiara che l'altro genitore è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

Data _____

Firma dichiarante
