

IL MODULO VA COMPILATO IN OGNI PARTE E CONSEGNATO ALLA/AL DOCENTE DI SEZIONE/CLASSE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA RESPONSABILITA' GENITORIALE E AUTORIZZAZIONE
PER
PRESTAZIONI SANITARIE SUL MINORE DI ETA' CON CONSENSO INFORMATO**

Istruzioni per la compilazione:

Campo A – campo da compilare e sottoscrivere a cura del genitore presente in struttura che esercita la responsabilità genitoriale sul minore congiuntamente all'altro genitore

Campo B - campo da compilare e sottoscrivere a cura del genitore che esercita la responsabilità genitoriale sul minore in via esclusiva.

Campo C - campo da compilare e sottoscrivere a cura soggetto che esercita la responsabilità genitoriale sul minore in via esclusiva in forza di Provvedimento Giudiziale.

- **Campo A - Il campo sottostante deve essere*** compilato dal genitore presente in struttura che esercita la responsabilità genitoriale sul minore congiuntamente all'altro genitore**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(ai sensi del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a nato/a il.....
a.....C.F.:.....
residente in CAP.....
in Via/PiazzaN°
Carta di Identità rilasciata da.....N°
Con scadenza il.....

DICHIARA

di esercitare con (inserire i dati dell'altro genitore)

.....nato/a il.....
a.....C.F.:.....
residente in CAP.....
in Via/PiazzaN°

la responsabilità genitoriale sul minore (inserire i dati del minore)

Nome:.....
Cognome:.....
Nato a:.....
Il:.....
C.F.:.....

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi

e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver **acquisito l'assenso dell'altro genitore impossibilitato a presenziare nella giornata odierna.**

Con la sottoscrizione del presente modulo, il sottoscritto, si impegna a manlevare e tenere indenne le Società del Gruppo Casa della Salute da qualsivoglia danno, sanzione o azione da parte di terzi derivanti da eventuali dichiarazioni mendaci rilasciate con il presente modulo.

Luogo e data

Firma.....

N.B: Si allega alla presente copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

Il documento di identità in corso di validità del genitore che accompagna il minore in struttura per la prestazione medica e del minore stesso dovranno essere presentati al personale presente all'accettazione.

I dati personali dei dichiaranti e del minore rilasciati con la compilazione del presente modulo, nonché gli ulteriori dati del minore acquisiti durante l'erogazione della prestazione sanitaria, saranno trattati in conformità alla normativa sulla protezione dei dati personali.

Il presente modulo, in originale, deve essere allegato alla documentazione clinica e conservato con la stessa.

Oppure

- **Campo B - Il campo sottostante deve essere compilato nel caso in cui un genitore eserciti la responsabilità sul minore in via esclusiva**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a nato/a il.....

a..... C.F.:

residente in CAP.....

in Via/Piazza N°

Carta di Identità rilasciata da..... N°

Con scadenza il.....

DICHIARA

di esercitare in via esclusiva la responsabilità genitoriale sul minore

Nome:.....

Cognome:.....

Nato a:.....

Il:.....

C.F.:.....

Con la sottoscrizione del presente modulo, il sottoscritto, si impegna a manlevare e tenere indenne l'esecutore materiale dell'esame diagnostico e l'istituto scolastico da qualsivoglia danno, sanzione o azione da parte di terzi derivanti da eventuali dichiarazioni mendaci rilasciate con il presente modulo.

Luogo e data

Firma.....

I dati personali del dichiarante e del minore rilasciati con la compilazione del presente modulo, nonché gli ulteriori dati del minore acquisiti durante l'erogazione della prestazione sanitaria, saranno trattati in conformità alla normativa sulla protezione dei dati personali.

Il presente modulo, in originale, deve essere allegato alla documentazione clinica e conservato con la stessa.

Oppure

- **Campo C - Il campo sottostante deve essere compilato nel caso in cui un soggetto terzo diverso dai genitori eserciti la responsabilità genitoriale sul minore (es: tutore)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/anato/a il.....

a.....C.F.:.....

residente in CAP.....

in Via/PiazzaN°

Carta di Identità rilasciata da.....N°

Con scadenza il.....

DICHIARA

di essere l'esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Nome:.....

Cognome:.....

Nato a:.....

Il:.....

C.F.:.....

Con la sottoscrizione del presente modulo, il sottoscritto, si impegna a manlevare e tenere indenne le Società del Gruppo Casa della Salute da qualsivoglia danno, sanzione o azione da parte di terzi derivanti da eventuali dichiarazioni mendaci rilasciate con il presente modulo.

Luogo e data

Firma.....

I dati personali del dichiarante e del minore rilasciati con la compilazione del presente modulo, nonché gli ulteriori dati del minore acquisiti durante l'erogazione della prestazione sanitaria, saranno trattati in conformità alla normativa sulla protezione dei dati personali.

Il presente modulo, in originale, deve essere allegato alla documentazione clinica e conservato con la stessa.