

DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO DEL MINORE

Modulo dichiarazione sostitutiva atto di notorietà

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

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

DICHIARA

di essere:

padre madre genitore affidatario (esercente la responsabilità genitoriale)

oppure

tutore curatore amministratore di sostegno

Del/la minore _____ nato/a a _____ il _____

Data _____ Firma _____

Consapevole, essendo stato adeguatamente informato, delle indagini/prestazioni mediche cui verrà sottoposto il citato minore presso il Centro Medico by Salus Srl di Latisana, di cui in intestazione, al cui esercizio è favorevole e consenziente, ed essendo impossibilitato ad accompagnare il minore alla visita così come altri eventuali esercitanti la responsabilità genitoriale e rendendosi responsabile di quest'ultima affermazione al cospetto degli aventi diritto:

DELEGA

Il/La Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ ad accompagnare il/la minore suindicato/a per sottoporlo alla seguente

prestazione sanitaria: _____ il giorno _____

presso il Centro Medico by Salus srl di cui in intestazione ed a tal fine, sotto la Sua personale responsabilità:

DICHIARA

che il delegato, MAGGIORENNE e munito di personale valido documento di identità, è stato da me informato circa eventuali patologie, invalidità, terapie in corso ed ogni altro elemento relativo allo stato di salute psico-fisica del minore in oggetto, che avrà cura di riferire in sede di visita.

Data _____ Firma del delegante _____

Data _____ Firma del delegato _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL DELEGATO (a cura del personale del Centro Medico by Salus):

Tipo: Carta d'Identità Passaporto Altro, specificare _____

N° _____ rilasciato da _____ il _____

ALLEGARE ALLA PRESENTE COPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITA' DEL DELEGANTE

Il Centro Medico by Salus srl si riserva il diritto di rifiutare la prestazione in carenza dei requisiti prescritti ed in tutti i casi in cui sia assolutamente richiesta la presenza del titolare della patria potestà. Il tutto fatte salve le disposizioni di Legge.

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (General Data Protection Regulation) Centro Medico by Salus S.r.l., in qualità di titolare del trattamento, raccoglie e tratta dati personali, del sottoscrittore, del minore su cui esercita la responsabilità genitoriale e dell'eventuale delegato, al fine di accertare che l'accompagnatore del minore operi su autorizzazione dell'esercente la responsabilità genitoriale nonché per l'adempimento degli obblighi contrattuali connessi a tali attività. La base giuridica che rende lecito il trattamento è il legittimo interesse del titolare del trattamento ad effettuare gli accertamenti in parola. La informiamo che il Centro Medico by Salus S.r.l. ha nominato un Responsabile della protezione dei Dati personali (RPD/DPO) contattabile all'indirizzo mail dpo@bysalus.com. Il conferimento dei dati personali per tali finalità è libero tuttavia il rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità per il Centro Medico by Salus S.r.l. di dare esecuzione a quanto richiesto. Il Trattamento dei dati avrà ad oggetto dati particolari dei pazienti minorenni che si sottoporranno ai servizi erogati dal Centro Medico by Salus S.r.l., ai sensi dell'art. 9 del Regolamento UE 2016/679. Il Centro Medico tratta i dati personali in modo lecito e secondo correttezza ed in modo da assicurarne la riservatezza e la sicurezza. I Dati saranno conservati in modo completo per tutto il tempo necessario allo scopo per i quali sono raccolti; successivamente, i Dati potranno essere conservati per un ulteriore periodo per far valere o difendere i propri diritti in ogni eventuale sede ed in particolare nelle sedi giudiziarie. Il trattamento viene effettuato, mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con modalità organizzative e con logiche strettamente correlate alle finalità indicate. Infine, ai sensi degli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679, Le ricordiamo che per maggiori informazioni o richieste specifiche tra cui la cancellazione, il blocco, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati od opposizione al trattamento, può rivolgersi al Titolare del Trattamento, scrivendo al Centro Medico by Salus S.r.l., via Via Guglielmo Marconi 133 - 33053 Latisana (UD), oppure inviando un messaggio di posta elettronica all'indirizzo info@bysalus.com. Le ricordiamo che ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante.