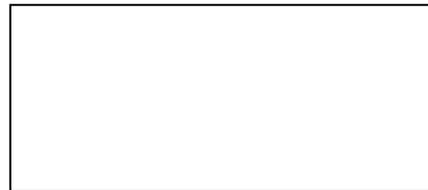


DA PRESENTARE UNITAMENTE A COPIA DELLA CARTA DI IDENTITA' DEL DELEGANTE + DELEGATO

PER LA TRACCIABILITA' DOCUMENTALE:

- INSERIRE CODICE DI IDENTIFICAZIONE DELL'INFORMATIVA PRIVACY DEL MINORE / INCAPACE)
- INSERIRE CODICE DI IDENTIFICAZIONE DELL'ACETTAZIONE)



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

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____

- Genitore
- Legale rappresentante

del **minore** COGNOME _____ NOME _____ C.F. _____

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 _____ C.F. _____

a prestare il **consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili e genetici del minore**, previa acquisizione di tutte le informazioni di cui all'art. 13 D.lgs. 196/2003 come riportate nell'apposito modulo di informativa e consenso al trattamento dei dati personali;

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 _____

MD-PR-03_00

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 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 _____ C.F. _____

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Legale rappresentante

dell'**incapace** COGNOME _____ NOME _____ C.F. _____

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 _____ C.F. _____

a prestare il **consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili e genetici dell'incapace**, previa acquisizione di tutte le informazioni di cui all'art. 13 D.lgs. 196/2003 come riportate nell'apposito modulo di informativa e consenso al trattamento dei dati personali;

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 _____

MD-PR-03_00