

Dott.

Via

Il sottoscritto (padre) o (tutore)

nato a(.....) il

residente a in vian.....

la sottoscritta (madre) o (tutrice)

nata a(.....) il

residente a in vian.....

in qualità di:

genitore munito della potestà (barrare una delle caselle sotto elencate) :

congiunta tra coniugi;

in via esclusiva;

tutore/tutrice (indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela)

(.....)

del minore.....nato a il.....

Residente a in Via..... n.....

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003,(allegata) consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art.4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

Autorizzano **Non autorizzano** **Autorizza** **Non autorizza**

Il Dott. _____ al trattamento dei dati personali del minore in ambito sanitario a fini di prevenzione, diagnosi e cura, nonché a fini amministrativi, contabili e fiscali. Sono a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto al suddetto medico , i dati saranno messi a disposizione del Fascicolo Sanitario Elettronico del minore riportando i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che lo stesso riceve.

Data..... Firma (padre)

Data..... Firma (madre).....

Data..... Firma (tutore/tutrice).....

Informativa ex art. 13 D.Lgs.196/2003 in materia di trattamento di dati personali e sensibili

Egregio Signore/Gentile Signora, desidero informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30/6/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti (anche i minori) rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del minore interessato.

In particolare, i dati denominati sensibili (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, o delegati in altra forma secondo quanto previsto dall'Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

1. Finalità del trattamento

La informiamo che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni sanitarie nei confronti di minori iscritti nella lista dei pazienti del medico in oggetto.

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per il/la dott. _____ di prestare il servizio di attività medica. Precisando che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea.

2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle sopra descritte finalità.

Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dal Dott. _____ e dai suoi collaboratori debitamente nominati sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

3. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso

I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti:

- a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

4. Titolare del trattamento è il/la Dott. _____

5. Diritti dell'interessato

Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e 24 del D. Lgs. 196/03 in merito alla cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati personali