EUROMEDICA™
Istituto Scientifico
Direttore Sanitario: Dr. Giuseppe Calabrò
Via Lomazzo, 5 20154 Milano - tel. 02 34 51 464 fax 02 34 53 03 16 - mail@euromedicaitalia.com

Nome e cognome del Paziente ……..Data di Nascita……

MODULO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Il/la sottoscritto/a ……

Nato/a il ……..……a ……..……

Residente a …… CAP ……..…...

In Via/Piazza …… N° ……

Carta di Identità n. ……....., consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

☐ Di essere esercente la potestà genitoriale in qualità di:
☐ padre ☐ madre ☐ genitore affidatario ☐ tutore ☐ curatore ☐ ammin. di sostegno

del/la **MINORE**:…… nato/a a …….. il …….....

Milano (data) ……..… Firma …….

☐ Che i dati riferiti all'altro genitore sono i seguenti:

Nome e Cognome dell'**ALTRO GENITORE**:……

nato/a a ……..….. il …….……

Il sottoscritto titolare di potestà genitoriale
INFORMA CHE

☐ le persone sotto indicate, munite di delega, se applicabile[1], sono autorizzate ad accompagnare il/la minore, per l'esecuzione in favore di quest'ultimo/a delle prestazioni sanitarie di cui necessita.

Nome e Cognome …… nato il …….....

In qualità di ……..……

Nome e Cognome ……..… nato il …….....

In qualità di ……..……

AUTORIZZA

☐ il minore di età ≥16 anni all'accesso autonomo alle prestazioni per le quali tale prassi è eccezionalmente consentita dalle leggi e dai regolamenti dell'istituto.

Il sottoscritto titolare di potestà genitoriale
DICHIARA

di aver ricevuto una copia del modulo di delega all'accompagnamento del minore.

Milano (data) ……..… Firma ……..……

I dati personali verranno trattati in conformità alla legge italiana sulla *privacy* (d.lgs. 196/03) e successive modifiche ed integrazioni.

Nome e cognome del Paziente ……..Data di Nascita……....

RICEVUTA PER:
☐ AVVENUTA AUTOCERTIFICAZIONE DEL TITOLARE DELLA POTESTÀ GENITORIALE
☐ AVVENUTA INDICAZIONE SOGGETTI AUTORIZZATI ALL'ACCOMPAGNAMENTO
☐ AVVENUTA AUTORIZZAZIONE DEL MINORE ≥16 ANNI ALL'ACCESSO AUTONOMO
☐ CONSEGNA MODULO/I DI DELEGA
☐ AVVENUTA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ IN ASSENZA DELL'ALTRO GENITORE

MILANO,……FIRMA/TIMBRO PERSONALE SANITARIO ……..……

[1] Sono escluse le prestazioni su minori per vaccinazioni / valutazioni psicologiche e neuropsichiatriche /altre prestazioni su richiesta dello specialista e tutte le prestazioni che necessitano di consenso specifico.