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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ E DELEGA ALL'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE

(Artt. 38 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Indirizzo _____ N° _____

Codice Fiscale _____

Documento di Identità (Tipo e Numero) _____

Rilasciato da _____ il _____

(Allegare copia del documento di identità del dichiarante se il modulo non è firmato in presenza dell'operatore)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Di essere titolare della responsabilità genitoriale in qualità di:

☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutore (allegare provvedimento di nomina)

del/la MINORE:

Nome e Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

DICHIARA INOLTRE (Selezionare l'opzione pertinente)

☐ Di agire con il consenso e in accordo con l'altro genitore (Art. 316 c.c. e L. 219/2017).

Dati altro genitore:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

☐ Di esercitare in via esclusiva la responsabilità genitoriale (es. unico genitore riconosciuto, affidamento esclusivo con poteri decisionali ex art. 337-quater c.c., decadenza dell'altro genitore).

DELEGA ALL'ACCOMPAGNAMENTO (Compilare solo se il minore non è accompagnato dai genitori/tutore)

Il/la sottoscritto/a, nella qualità di cui sopra, DELEGA le seguenti persone (maggiorenni) ad accompagnare il/la minore in mia vece presso la struttura Euromedica per l'esecuzione delle prestazioni sanitarie:

1. Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

In qualità di _____

2. Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

In qualità di _____

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- I delegati hanno il solo compito di accompagnare e vigilare sul minore.

- I delegati NON sono autorizzati a prestare il consenso informato a trattamenti sanitari al posto dei genitori. Tale consenso resta prerogativa esclusiva degli esercenti la responsabilità genitoriale.

- Il delegato dovrà esibire un proprio documento di identità valido al momento dell'accesso in struttura.

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

AUTORIZZAZIONE ACCESSO AUTONOMO (Solo per minori ≥ 16 anni)

☐ Autorizza il/la minore (di età pari o superiore a 16 anni) all'accesso autonomo alle prestazioni per le quali tale prassi è eccezionalmente consentita dalle leggi e dai regolamenti di Istituto Scientifico Euromedica.

PRIVACY

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita da Euromedica ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Luogo e Data: _____

Firma del Genitore/Tutore dichiarante: _____

SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA I.S. EUROMEDICA

Ricevuta per:

☐ Avvenuta dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (con allegata copia ID se necessaria)

☐ Avvenuta indicazione soggetti delegati all'accompagnamento

☐ Avvenuta autorizzazione accesso autonomo minore ≥ 16 anni

Data: _____ Firma/Timbro Operatore: _____