

**SEZIONE ANAGRAFICA PER PAZIENTE MINORENNE E
GENITORI/TUTORE/CURATORE**

Da Compilare da parte dei genitori con figli minori

Il/la sottoscritto/aNato/a a il
Residente a in via CF.....
Tel.

Il/la sottoscritto/aNato/a a il
Residente a in via
CF..... Tel.

Dichiariamo di esercitare congiuntamente la responsabilità genitoriale nei confronti del/della
minorenne nato/a a..... il..... CF.....

Data Firma genitore 1..... Firma genitore 2

Da Compilare da parte del genitore con responsabilità esclusiva

Il/la sottoscritto/aNato/a a il
Residente a in viaCF.....
Tel.

Dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale in via esclusiva nei confronti del/della
minorenne..... nato/a a.....il.....
CF.....

In quanto l'altro genitore è:

- deceduto
- impedito momentaneamente ad esercitare la responsabilità genitoriale ex art 317 del
Codice Civile
- esente da potestà genitoriale

Data Firma

Da Compilare da parte del tutore/curatore

Il/la sottoscritto/aNato/a a il
Residente a in viaCF.....
Tel.

Dichiara di essere il tutore/curatore del/della minorennenato/a
a.....il.....CF.....

designato dal giudice tutelare alla tutela/curatela dello/a stesso/a

Data..... Firma.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI PERSONA MINORE

- Dichiaro/dichiariamo di aver preso visione dell'informativa fornita dal Titolare del Trattamento "UniPancreas Associazione Onlus" che in osservanza del Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR), nel rispetto delle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo per la Telemedicina del 2014, approvate il 20 febbraio 2014 dalla Conferenza Stato – Regioni, fornisce ai sensi dell'art. 13 del GDPR le dovute informazioni in ordine al trattamento dei dati personali e relativi alla salute tramite i servizi di Telemedicina offerti dalla piattaforma UniWebPancreas,
- Dichiaro/dichiariamo di essere consapevole/li che il trattamento riguarderà in particolare i dati personali e clinici idonei a rivelare lo stato di salute,
- Dichiaro/dichiariamo di essere consapevole/li che il presente consenso potrà essere modificato in qualsiasi momento ai sensi degli artt. 15 e seguenti del GDPR.

❖ Ai sensi e per gli effetti dell'art. 8 del GDPR

❖ Tenuto conto della volontà espressa dal/dalla minore, adeguatamente informato/a

A) **ACCONSENTE/ACCONSENTIAMO** al trattamento dei dati personali del/della minore secondo le modalità e nei limiti previsti dall'Informativa ex art. 13 del GDPR

SI

NO

B) **ACCONSENTE/ACCONSENTIAMO** che i dati clinici relativi al/alla minore, oggetto del trattamento, pseudonimizzati, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie

SI

NO