Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____/_____/_____ tel. _____

residente a _____ in via _____ n° _____

documento d'identità_____ n° _____ rilasciato da_____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere il/la ☐ MADRE* ☐ PADRE* ☐ TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

di nome e cognome _____nato a _____

il ___/___/_____ documento d'identità_____ n° _____ rilasciato da_____

*In caso di paziente minorenne, dichiara:

☐ di esercitare con (Nome/Cognome) _____ la responsabilità genitoriale sul minore e di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
☐ di esercitare in via esclusiva la responsabilità genitoriale sul minore.

Da compilare in casi di delega (se minorenne in nome e per conto di entrambi i genitori)

Nell'impossibilità di accompagnare il minore/soggetto sottoposto a tutela, si autorizza il/la Sig./Sig.ra

Nome/Cognome _____nato a _____

il _____/_____/_____ presso la struttura _____per l'effettuazione della/e

seguente/i prestazione/i sanitarie _____

Il/La delegato/a _____
(firma leggibile)
Allegare il documento di riconoscimento del delegato e del delegante

Con la sottoscrizione del presente modulo, il sottoscritto, si impegna a manlevare e tenere indenne le Società del Gruppo BIANALISI da qualsivoglia danno, sanzione o azione da parte di terzi derivanti da eventuali dichiarazioni mendaci rilasciate con il presente modulo.

Luogo, Data _____ Il/La dichiarante _____
(firma leggibile)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 Regolamento UE n. 2016/679)
I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo, secondo quanto previsto dall'Informativa Privacy esposta presso le strutture ai sensi della normativa vigente in materia.