

## DELEGA ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE PER PRESTAZIONI SANITARIE

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Carta di identità n. \_\_\_\_\_

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazione mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in maniera (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000), in qualità di:

**padre**     **madre**     **genitore affidatario**     **tutore**

esercente la patria potestà del/la Minore: \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## DELEGA ED AUTORIZZA

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Carta identità n. \_\_\_\_\_

ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria: \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre che chiunque altro ne eserciti la patria potestà (es. altro genitore) ne è a conoscenza ed acconsente.

Documento esibito del Delegato: \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del delegato \_\_\_\_\_

**La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e una fotocopia di un documento valido del delegante titolare della potestà genitoriale.**

### Informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR")

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del GDPR, Poliambulatorio San Martino S.r.l. (Titolare del trattamento) La informa che i dati personali da Lei forniti attraverso la compilazione del presente modulo (di seguito i "Dati") saranno trattati, manualmente, per finalità di gestione della Sua richiesta di documentazione sanitaria. Base giuridica del trattamento è l'esecuzione della prestazione da Lei richiesta. Il conferimento dei recapiti telefonici consentirà esclusivamente l'effettuazione di comunicazioni inerenti la richiesta stessa. Il conferimento dei Dati è facoltativo; tuttavia, un eventuale rifiuto a fornirli determinerà l'impossibilità di dare corso alla richiesta stessa. Nessuno dei dati da Lei forniti potrà essere diffuso. I Dati potranno essere conosciuti, per le finalità di cui alla presente informativa, dai responsabili e dai soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali (dipendenti e/o collaboratori del Titolare) nonché da soggetti terzi (in qualità di responsabili) della cui opera il Titolare si avvale per la fornitura di servizi, l'elenco aggiornato dei quali è disponibile presso la sede del Titolare del trattamento.

### POLIAMBULATORIO SAN MARTINO S.R.L.

Via Carrarese 66/6, 35028 Piove di Sacco (PD)

Tel: 049 9703406 – Mail: [info@poliambulatoriosanmartino.com](mailto:info@poliambulatoriosanmartino.com) – Sito web: [www.poliambulatoriosanmartino.com](http://www.poliambulatoriosanmartino.com)  
P.IVA/C.F. 04639770280 - Coordinate bancarie: Intesa San Paolo spa – Piove di Sacco (PD) - IBAN: IT25V0306962745100000005842