

Modulo accesso ai Servizi Sanitari Online di minorenne

Il/La sottoscritto/a _____ email:
(indicare Nome e Cognome del genitore)

nato/a il a

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice

speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000) e in qualità di genitore non soggetto a limitazioni della propria potestà genitoriale

DICHIARA

Che i figli minori per i quali richiede la possibilità di accedere ai Servizi Sanitari Online sono:

1) _____
(Cognome Nome)

nato/a il a _____

2) _____
(Cognome Nome)

nato/a il    a

Codice Fiscale

3) _____
(Cognome Nome)

nato/a il a

zione del FSE a tutti i professionisti che prenderanno in cura i figli minorenni sopra indicati.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Accenso alla consegna dei referti tramite ESF per i figli minorenni sopra indicati

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Dichiaro di avere l'autorizzazione dell'altro genitore per tale richiesta

Firma del genitore

Data

Informativa sul trattamento dei dati personali
(Art. 12 del GDPR 2016/679)

(Art. 12 del GDPR 2016/679)

dalla Regione Sardegna e dalle Aziende sanitarie afferenti, dei figli minorenni. Il trattamento potrà essere eseguito usando supporti cartacei, nonché strumenti informatici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati ad alcuni terzi. I diritti di cui all' Art. 15 del GDPR 2016/679 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi all'Azienda Sanitaria ricevente la richiesta.