

**DELEGA RITIRO REFERTI MINORENNI /PERSONE SOGGETTE A TUTELA e/o
AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO**

Ai sensi e per gli effetti della normativa in materia di tutela della riservatezza e protezione dei dati personali, la documentazione sanitaria di un minore e/o persona soggetta a tutela e/o amministrazione di sostegno, potrà essere ritirata anche da persona incaricata. In tal caso è necessario:

1. consegnare il presente modulo debitamente compilato,
2. allegare la copia del documento di identità del delegante,
3. allegare la copia del documento di identità del delegato al ritiro,
4. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del delegante.

Si informa che, in assenza di tali documenti, non si potrà procedere alla consegna della documentazione sanitaria.

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____, via _____ in veste di esercente la responsabilità genitoriale/la tutela/l'amministrazione di sostegno nei confronti di _____ nato/a a _____ il _____ **come da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà allegata**

DELEGO

il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

Documento: Carta Identità Patente Passaporto – N. _____ al ritiro del _____ (specificare la documentazione richiesta).

DICHIARO

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento 679/2016 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

AUTORIZZO

la consegna all'intestatario della delega, sollevando il Poliambulatorio Fleming da ogni eventuale responsabilità a questo relativa.

Data ____/____/____

Il Delegante _____ (firma)

RISERVATO AL POLIAMBULATORIO

Attesto che il sig./la sig.ra _____ delegato/a al ritiro è stato/a identificato/a tramite:

- conoscenza personale
- documento allegato alla presente

Mestre (VE), lì _____ data _____

L'incaricato addetto _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 5 e 21 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato
a _____, il _____ Tel./Cell.

in qualità di genitore, o tutore (*indicare estremi del provvedimento di nomina alla tutela* _____) del Sig.

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità di esercitare

- la responsabilità genitoriale sul minore
- la tutela sull'incapace (allegare copia del decreto di nomina)
- l'amministrazione di sostegno (allegare copia del decreto di nomina)

del /della Minore/Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
residente a _____, via _____

È consapevole (ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000) che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 71 e 72 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento 679/2016 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

AUTORIZZA

il POLIAMBULATORIO FLEMING S.r.l. che riceve questa autocertificazione a verificare i dati in essa contenuti rivolgendosi alle Amministrazioni competente

Data ___/___/_____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax oppure a mezzo posta.