

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p align="center">Azienda Sanitaria Provinciale Enna U.O.C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO DI ENNA</p> <p align="center">MODULO DI RICHIESTA PRIMA VISITA</p>	<p align="center">v. 0.0 01/08/2022 Pagina 1 di 1</p>
--	--	---

Da inviare compilato a: npi.enna@asp.enna.it

_____ Carta Identità N. _____ (Allegare copia)
Cognome e nome del 1° genitore /

_____ Carta Identità N. _____ (Allegare copia)
Cognome e nome del 2° genitore /

Genitori del minore

_____ *Cognome e nome dell/la minore* _____ *Luogo e data di nascita*

_____ *C.F* _____ *Residente a*

Motivo della richiesta:

Recapiti telefonici _____

Noi sottoscritti 1° genitore 2° genitore dichiariamo di non essere decaduti dalla responsabilità genitoriale e di non essere sottoposti, da parte dell'autorità giudiziaria, a procedimenti limitativi sul minore e di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

- acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13, D. Lgs. 30.06.2003, 196 ("Codice Privacy") e dell'art. 13, Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR"); -
- informato altresì della possibilità di revocare il consenso al trattamento dei dati personali in ogni momento con espressa comunicazione indirizzata al Titolare del trattamento;
- informato infine che i dati raccolti non verranno utilizzati per finalità diverse da quelle indicate nell'informativa, né a fini di profilazione, né tantomeno verranno ceduti a soggetti terzi; presta il consenso al trattamento dei dati personali e

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 23, Codice Privacy, nonché dell'art. 7, GDPR e manifesta l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare, con la sottoscrizione del presente consenso, il trattamento dei dati personali che lo riguardano.

Firma 1° genitore _____ Firma 2° genitore _____