

AUTOCERTIFICAZIONE E DELEGA IN CASO DI SOGGETTO VULNERABILE MINORI E NON AUTOSUFFICIENTI

Il /La sottoscritto/a nato/a a il

C.F. Indirizzo residenza

Documento di identità N° rilasciato da
in data

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false ai sensi del D.P.R. 445/2000 ed informato/a ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- Di esercitare la responsabilità genitoriale e/o legale nei confronti del soggetto vulnerabile (es. minore, anziano non autosufficiente, detenuto, etc.), che non può autorizzare il centro diagnostico all'esecuzione della prestazione sanitaria, così identificato:

Nome e cognome nato/a a il

C.F.

Indirizzo residenza

Inoltre, in caso di affidamento congiunto/altro esercente la responsabilità genitoriale, il firmatario

DICHIARA

- di aver avvisato ed informato l'altro genitore/tutore/curatore/persona esercente la responsabilità genitoriale e/o legale, il quale non si è opposto ed autorizza il soggetto vulnerabile all'accesso alle prestazioni sanitarie richieste e
- di manlevare Centro Diagnostico Comense CDC s.r.l. da qualsivoglia pretesa presentata dall'altro genitore/tutore/curatore/persona esercente la responsabilità genitoriale e/o legale

DELEGA (ove necessario)

Nome e cognome nato/a a il

C.F. documento di identità n°

Indirizzo residenza

- all'accompagnamento del soggetto vulnerabile di cui sopra per l'accesso alle seguenti prestazioni sanitarie
.....
- al ritiro di documenti, referti ed esiti relativi alle medesime prestazioni

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e Data

Il/La dichiarante (firma per esteso e leggibile)

☐ Allega fotocopia del seguente documento d'identità in corso di validità

☐ Ha sottoscritto in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di riconoscimento.