



**MODULO DI DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI UN MINORE**

*(Allegato ad Informativa ex art. 13 del GDPR - Prestazioni sanitarie e finalità correlate)*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
documento d'identità n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_

In qualità di:

- Padre
- Madre
- Genitore affidatario
- Tutore

Esercente \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ patria \_\_\_\_\_ potestà \_\_\_\_\_ del/la \_\_\_\_\_ Minore

Nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGA e AUTORIZZA**

Il sig./sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
documento d'identità n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria
- a ricevere comunicazioni attinenti la prestazione
- a ricevere comunicazioni attinenti lo stato di salute del paziente

Dichiaro di aver letto l'informativa ex art. 13 del GDPR Prestazioni sanitarie e finalità correlate di ASST RHODENSE (agevolmente rinvenibile all'interno del sito internet e/o in appositi spazi/locali di quest'ultima), con specifico riferimento all'articolo 2.1.

**Allegare copia del documento d'identità del soggetto delegante e del soggetto delegato.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_