

**MODULO DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE A SEGUITO DELLA PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA
SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI****Sorveglianza infezioni post intervento chirurgico (MAC556)**

Il presente documento deve essere allegato alla documentazione clinica

Luogo _____ Data _____

Il/La sottoscritto/a **(1)** (cognome e nome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____

OPPURE

La/Il sottoscritta/o (cognome e nome) _____

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ documento di identità n. _____

rilasciato da _____ in qualità di:

☐ **genitore(1)**☐ **tutore/curatore (1)**☐ **amministratore di sostegno(1)****del paziente MINORE/ sottoposto a TUTELA/AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO**

(cognome e nome) _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____

*Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori (1 e 2).**Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara, sotto la propria responsabilità:*☐ di essere l'unico rappresentante legale del minore☐ che l'altro **genitore (2)** (cognome e nome) _____ **è assente**per impedimento **ma informato e consenziente***** DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, derivanti da attestazioni non veritiere☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** alla raccolta di informazioni relative alla salute presso il proprio Medico curante di cui all'informativa (MAC556)Firma del: ☐ interessata/o ☐ genitore/i ☐ tutore/curatore ☐ amministratore di sostegno

(1) _____ (2) _____

*** Per DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000: allegare copia documento d'identità

L'interessato, nel caso di minore entrambi i genitori (o il genitore che ha prestato il consenso nelle medesime condizioni di cui sopra),

REVOCA/REVOCANO il consenso al trattamento dei dati personali, consapevole/i che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

Luogo _____ Data _____

Firma del: ☐ interessata/o ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

(1) _____ (2) _____

*** Per DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000: allegare copia documento d'identità