

U.O. C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE  
DISTRETTO DI ENNA

## MODULO DI RICHIESTA PRIMA VISITA

Da inviare compilato: [npi.piazza@asp.enna.it](mailto:npi.piazza@asp.enna.it)

Genitori del minore

\_\_\_\_\_ Carta D'identità N. \_\_\_\_\_ (Allegare copia) \_  
*Cognome e nome della madre*\_\_\_\_\_ Carta D'identità N. \_\_\_\_\_ (Allegare copia)  
*Cognome e nome del padre*

Minore

\_\_\_\_\_  
*Cognome e nome del/la minore*\_\_\_\_\_  
*Luogo e data di nascita*\_\_\_\_\_  
*C.F.*\_\_\_\_\_  
*Residente a*

Motivo della richiesta \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Noi sottoscritti  madre  padre 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 della madre \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_