



U.O. C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
DISTRETTO DI ENNA

MODULO DI RICHIESTA PRIMA VISITA

Da inviare compilato: npi.agira@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

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 _____