

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO
SANITARIO E MODALITA' DI COMUNICAZIONE SULLO STATO DI
SALUTE (D.Lgs. n. 196/2003)**

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome
nato/a, il Telgenitore dell'alunno.....

DICHIARA

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali in ambito sanitario;
Di manifestare il consenso al trattamento dei dati personali del proprio figlio

RICHIEDE

- Che le informazioni sullo stato di salute del proprio figlio, contenute nel piano vengano fornite alle seguenti persone:

Dirigente dell'Istituzione Scolastica/formativa
Insegnanti
Personale ATA
Altri (specificare).....

Luogo e data
.....

FIRMA DEL DICHIARANTE
.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto (genitore)....., nato a, il,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R.
445/2000, in riferimento

al paziente (figlio)....., nato a, il,

dichiara sotto la propria responsabilità:

- di esercitare la patria potestà nei confronti del minore sopra indicato
 di essere il legale rappresentante del paziente sopra indicato

FIRMA DEL DICHIARANTE