

## AUTORIZZAZIONE AL CONSENSO PER MINORI

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento T001 CENTRO MEDICO DENTAL MONVISO secondo le finalità riportate di seguito:  
Gestione Pazienti; Registrazione pazienti e gestione amministrativa; Diagnosi, cura e terapia pazienti

Dichiaro di essere titolare della responsabilità genitoriale sul minore:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Poiché \_\_\_\_\_ (indicare se genitore, tutore, ecc.)

E con il presente documento lo autorizzo al prestare autonomamente il consenso

Località e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER MINORI

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento T001 CENTRO MEDICO DENTAL MONVISO secondo le finalità riportate di seguito:

Gestione Pazienti; Registrazione pazienti e gestione amministrativa; Diagnosi, cura e terapia pazienti

Consapevole che i servizi da me richiesti, o richiesti per tramite del titolare della responsabilità genitoriale nei miei confronti, richiedono il consenso al trattamento dei dati.

Considerato che sono minore e pertanto è necessario che il consenso sia prestato o autorizzato dal titolare della responsabilità genitoriale nei miei confronti.

Considerato che ho ricevuto l'autorizzazione a prestare autonomamente il consenso dal titolare della responsabilità genitoriale nei miei confronti, come sopra riportato.

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:  
Gestione Pazienti; Registrazione pazienti e gestione amministrativa; Diagnosi, cura e terapia pazienti

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Stato di salute (Dati relativi alla salute); Dati biometrici (Dati biometrici); Fascicolo sanitario elettronico (Dati relativi alla salute)**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati membri o da un contratto collettivo ai sensi del diritto degli Stati membri, in presenza di garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato

- È necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità

Località e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER MINORI  
PRESTATO DAL GENITORE

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento T001 CENTRO MEDICO DENTAL MONVISO secondo le finalità riportate di seguito:  
Gestione Pazienti; Registrazione pazienti e gestione amministrativa; Diagnosi, cura e terapia pazienti

Dichiaro di essere titolare della responsabilità genitoriale sul minore:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Poiché \_\_\_\_\_ (indicare se genitore, tutore, ecc.)

Località e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:  
Gestione Pazienti; Registrazione pazienti e gestione amministrativa; Diagnosi, cura e

terapia pazienti

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Stato di salute (Dati relativi alla salute); Dati biometrici (Dati biometrici); Fascicolo sanitario elettronico (Dati relativi alla salute)**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati membri o da un contratto collettivo ai sensi del diritto degli Stati membri, in presenza di garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato
- È necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità