



DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____, Prov. _____ CAP _____

in Via/Piazza _____, n° _____

C.F. _____ Documento di Identità n° _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000), in qualità di:

☐ padre ☐ madre ☐ genitore affidatario ☐ tutore ☐ esercente la responsabilità genitoriale

del/la minore:

Nome e Cognome: _____

Data e luogo di nascita: _____

DELEGA e AUTORIZZA

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a _____, il _____

residente a _____, CAP _____

In Via/Piazza _____, N° _____

Documento d'identità n° _____

ad accompagnare in sua vece il/la minore sopra indicato/a per l'esecuzione della prestazione _____

presso la Clinica San Francesco. in data _____.

La presente delega è valida esclusivamente per la data sopra indicata.

Il delegato è tenuto a presentare un documento di identità valido e una copia del documento del delegante.

Durante l'attesa e l'esecuzione della prestazione, il delegato è responsabile della vigilanza sul minore.

Bergamo, (data) _____

Firma del delegante

Firma del delegato (per accettazione)

Informativa sintetica sul trattamento dei dati personali

I dati raccolti nel presente modulo sono trattati dall'**Istituto Suore Cappuccine di Madre Rubatto**, con sede legale in via IV Novembre 7, 24128 Bergamo, in qualità di **Titolare del trattamento**, esclusivamente per la gestione della delega di accompagnamento del minore.

La base giuridica del trattamento è l'art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR (obbligo legale).

I dati saranno conservati per il tempo necessario alla documentazione amministrativa della prestazione e non saranno diffusi.

L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15–22 del GDPR scrivendo a: **rp-d-gdpr@cdcsanfrancesco.it**

Firma per presa visione dell'informativa: _____