

REGIME AMBULATORIALE ETA' EVOLUTIVA (NPI)

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

Codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Stato civile:  celibe/nubile  coniugato/a  separato/a  divorziato/a  vedovo/a

Residenza: Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Domicilio: Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ altro recapito \_\_\_\_\_

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

e-mail \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

FIRMA per Pazienti Minori

Firma Genitore 1: \_\_\_\_\_

Firma Genitore 2: \_\_\_\_\_

**N.B.** La presente scheda deve essere compilata e inviata di nuovo per posta elettronica alla e-mail [capodarcocomariabilita@gruppoanteo.it](mailto:capodarcocomariabilita@gruppoanteo.it) allegando:

1. copia del documento di riconoscimento in corso di validità di un genitore/tutore legale
2. fotocopia prescrizione con valutazione/diagnosi del Neuropsichiatra Infantile di Struttura Sanitaria pubblica (TSMREE/ Ospedale/Asl)
3. scheda dichiarazione di consenso al trattamento dati (2° foglio)

Solo in caso in impossibilità di invio telematico, la presente scheda, con gli allegati richiesti, può essere consegnata in segreteria dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 16.30.

Si avvisa la gentile utenza che allo scadere di un anno dalla presentazione della scheda di prenotazione, è necessario ripresentare domanda con allegata documentazione medica aggiornata.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

**Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs.101/2018**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_  
E

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

- genitore  
 tutore  
 amministratore di sostegno

Del minore/paziente \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Ricevuta, letta e compresa l'informativa che i dati sono trattati per le finalità di Servizio amministrativo contabile e per adempiere agli obblighi fiscali e sanitari (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679) fornitami dal Titolare del trattamento per Anteo Impresa Cooperativa Sociale nella persona del legale rappresentante pro tempore. Ai sensi degli artt. 13 e14 del Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101/2018, dichiaro di essere nel pieno dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei confronti del minore/paziente:

**Senza il Suo consenso espresso** (art. 24 lett. a), b), c) del Codice Privacy e art. 6 lett. b), e) GDPR per le seguenti finalità di servizio:  
– concludere contratti per i servizi del Titolare; adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali derivanti da rapporti con Lei in essere; – adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'autorità (come ad esempio in materia di antiriciclaggio); – esercitare i diritti del titolare (ad esempio il diritto di difesa in giudizio)

**Dichiara al riguardo delle seguenti finalità:**

- **Ricevere via e-mail, posta e/o sms comunicazioni relative ai servizi della struttura**
  - Esprimo il consenso
  - Non esprimo il consenso
- **Comunicare i dati a terzi per le finalità indicate nell'informativa, per le finalità di servizio amministrativo contabile e per adempiere agli obblighi fiscali e sanitari**
  - Esprimo il consenso
  - Non esprimo il consenso
- **Trattare i miei dati sensibili \***
  - Esprimo il consenso
  - Non esprimo il consenso

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto (firma del dichiarante per esteso e leggibile)

Roma li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**\*Dati sensibili (Regolamento UE 679/2016 ex art. 10)** sono informazioni personali relative a origine etnica, opinioni politiche, convinzioni religiose o filosofiche, appartenenza sindacale, stato di salute, vita o orientamento sessuale dell'interessato, nonché informazioni genetiche, biometriche e di geo-localizzazione. e le informazioni personali relative a condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza).