

DELEGA ALL'ACCOMPAGNAMENTO E AL CONSENSO

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

DATI DEL DELEGANTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il _____ residente in _____ (____) via/piazza _____
documento di identità tipo _____ n. _____ telefono _____
e-mail _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere ☐ padre ☐ madre ☐ genitore affidatario ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

e di esercitare la responsabilità genitoriale o la rappresentanza legale:

☐ congiuntamente all'altro genitore, del quale dichiara di agire anche in nome e per conto, non essendo il medesimo presente per impedimento;

☐ in via esclusiva, in forza di provvedimento giudiziale o per altra causa di legge.

DATI DELLA PERSONA ACCOMPAGNATA

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ (____) il _____

☐ minore di anni 18 ☐ maggiorenne che necessita di assistenza

PRESTAZIONE DA EFFETTUARE

Prestazione/i _____

Data _____ ora _____ Professionista, se noto _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ (____)
il _____ documento di identità tipo _____ n. _____
telefono _____ in qualità di _____

ad accompagnare la persona sopra indicata presso il Sanismart Medical Center sito in Viale Carlo Felice 93 – 00185 Roma, per l'effettuazione della sola prestazione indicata in questo modulo.

CONSENSO ALLA PRESTAZIONE

Il delegante, quale soggetto legittimato ai sensi dell'art. 3 della legge 219/2017, dichiara di aver ricevuto o di poter richiedere le informazioni relative alla prestazione indicata e di prestare il proprio consenso alla sua esecuzione.

☐ Autorizza il delegato a fornire al professionista le informazioni anamnestiche necessarie.

☐ Autorizza il delegato a ricevere le ulteriori informazioni cliniche e a sottoscrivere in suo nome la documentazione relativa alla prestazione indicata, incluso il modulo di consenso informato.

☐ Autorizza il delegato al ritiro di referti, certificati e documentazione sanitaria.

☐ Dichiara di essere reperibile telefonicamente al numero sopra indicato per l'intera durata della prestazione.

La delega è valida per il solo appuntamento e per le sole prestazioni sopra indicate. Il centro si riserva di richiedere la presenza del delegante quando la prestazione lo renda necessario.

Si allega copia del documento di identità del delegante. Il delegato esibisce all'accettazione il proprio documento e la tessera sanitaria della persona accompagnata.

Luogo e data _____

Firma del delegante

Firma del delegato per accettazione

Trattamento dei dati personali

I dati del delegante, del delegato e della persona accompagnata sono trattati da Gruppo Sanismart S.r.l., titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, per le sole finalità connesse all'identificazione dell'accompagnatore e all'erogazione della prestazione. Il presente modulo costituisce allegato all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, disponibile presso la reception e sul sito www.grupposanismart.it. Il modulo, in originale, è conservato insieme alla documentazione clinica della prestazione.