

**AUTOCERTIFICAZIONE PER GENITORI DI MINORI
IN CASO DI LONTANANZA O IMPEDIMENTO DI UN GENITORE
AL FINE DI EFFETTUARE PRESTAZIONI SANITARIE SU MINORE**

Il sottoscritto titolare di responsabilità genitoriale/legale, soggetto compilatore, anche ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. 445/2000

Sig./ra.....

nato/a il

residente in.....Prov. CAP.....

indirizzo.....Stato.....

domiciliato/a in (compilare se diverso dall'indirizzo di residenza).....

.....Prov. Stato.....

indirizzo.....CAP.....codice fiscale.....

n. telefonico.....e – mail.....

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),

DICHIARA

di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i minorenni di età di cui al Codice Civile e, in aggiunta:

- che il proprio stato civile è:

☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ vedovo/a ☐ separato/a legalmente /divorziato/a

- (**compilare solo se necessario e sussistente**) che ai sensi della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio e **limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione** (art. 337-ter, co. 3 del Codice Civile), il **giudice** ha stabilito con provvedimento:

☐ che il/la sottoscritto/a esercita la potestà genitoriale separatamente

☐ altro.....

di essere

☐ padre ☐ madre ☐ genitore affidatario ☐ genitore non affidatario ☐ affidamento congiunto

☐ tutore ☐ altro.....

del/la **MINORE** (nome e cognome)

..... Nato/a ila.....

Codice fiscale.....residente a.....Prov.....

CAP.....indirizzo.....Stato.....

a cui è stata prescritta la **PRESTAZIONE SANITARIA**:.....

di riferire che l'altro genitore

Sig./ra

nato/a il

residente a Prov. CAP

indirizzo.....Stato.....

domiciliato/a in (*compilare se diverso dall'indirizzo di residenza*)
..... Prov. Stato.....

indirizzo.....CAP.....codice fiscale.....

n. telefonico.....e – mail.....

genitore del/la MINORE

ai sensi dell'art.317 del Codice Civile, non può prestare il consenso perché:

☐ padre sconosciuto

☐ assente per impedimento (*es. lontananza, carcerazione o altro*). **Indicare l'impedimento:**

.....

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e Data

Il/La dichiarante (firma per esteso e leggibile)

La presente istanza è stata sottoscritta* dall'interessato in presenza del dipendente addetto che ne ha

accertato l'identità attraverso il documento n°

.....

Firma del dipendente addetto

☐ dichiarazione presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità

Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 – GDPR - e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018. I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito delle finalità per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il presente modulo, in originale, deve essere allegato alla documentazione clinica e conservato con la stessa