

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 - 36100 VICENZA

COD. REGIONE 050-COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242-Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it

PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it

DELEGA PER IL PAZIENTE MINORENNE

PER VISITA / PRESTAZIONE AMBULATORIALE TERRITORIALE presso

POLIAMBULATORIO di VICENZ	ZA POL	_IAMBULAT	ORIO di SA	ANDRIGO
l Sottoscritti GENITORI Sig.ri Nome e Cognome				
MADRE nata	Prov. () il	
PADRE nato	Prov. () il	
Del/della MINORE Nome e Cognome		nato/a a_		il
Copie dei documenti di identificazione di entrambi - n°n°n°n°			gare in copia)	
ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 che in caso di dichiarazioni applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del be DPR 445/2000) autorizzano l'AILSS 8 al trattamento dei pr quali sono state acquisite ai sensi del D. Lgsv 10.08. 2018, (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art 13) alle dis	neficio ottenuto ropri dati person n. 101 che adeg sp.ni del Regolan	sulla base del ali anche con str ua il Codice in m nento (UE) 2016	la dichiarazione rumenti informa nateria di protez	non veritiera(artt71 e 72 atici, per le finalità per le
II/La Sig/Sig,ra_ Nome e Cognomeesibire do	ELEGANO		÷	
Qualificato come PARENTE AMMINISTRATO ad accompagnare all'interno dell'Ambulatori ad assolvere alle procedure amministrative c a ritirare la Documentazione sanitaria	o il minore			
del/della minorenne NOME COGNOME e data di na	ascita			
FIRMA leggibile di	entrambi i GE	NITORI DELEG	<u>ANTI</u>	
IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO (TIMBRO E FIRI		то)		
SEDE E DATA				

Informativa ai sensi del D. Lgsv 10.08. 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art 13) alle disp.ni del Regolamento (UE) 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti in formatici, esclusivamente per tale scopo. Modulo di delega per il paziente minorenne per le prestazioni ambulatoriali territoriali dell'UO Attività Specialistica Distretto Est - AULSS 8Vicenza - Rev.0/11/2024 pagine 1 di 1