

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI O SOGGETTI SOTTO TUTELA DA PARTE DI TERZI

Per l'accompagnamento dei minori o dei soggetti sottoposti a tutela devono essere seguite le indicazioni ricevute al momento della prenotazione, in caso contrario non potrà essere erogata la prestazione.
Sono escluse dalla possibilità di delega di accompagnamento da parte di terzi tutte quelle prestazioni di straordinaria amministrazione e per cui è richiesto il consenso informato all'atto medico (vedere elenco allegato *) che può essere reso solo da persona che esercita la responsabilità genitoriale o legale sul paziente.
In caso di dubbi contattare la sede di riferimento o il centro prenotazioni.

SEZIONE A

Io sottoscritto _____ nato/a _____ il _____
C.F. _____ residente a _____ in via _____
n. _____ n. documento d'identità _____ in corso di validità, in qualità di:

Genitore: coniugato – convivente vedovo separato divorziato
in situazione di: affidamento condiviso affidamento esclusivo genitore non affidatario

Tutore

Amministratore di sostegno

del paziente _____ nato/a a _____ il _____
C.F. _____

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi
del D.P.R. 445/2000

DICHIARO di esercitare la responsabilità genitoriale e/o legale sul summenzionato paziente

DELEGO ED AUTORIZZO

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
n° documento d'identità _____ in corso di validità; ad accompagnare in mia vece il suindicato paziente
presso il centro diagnostico Affidea di _____ per l'effettuazione della prestazione
sanitaria _____ che si terrà il giorno _____

Luogo, Data _____

Firma delegante _____

NOTA: LA PERSONA DELEGATA DEVE PRESENTARSI CON:

- **Un proprio documento d'identità/riconoscimento valido**
- **Una copia del documento d'identità/riconoscimento del delegante in corso di validità**
- **Un documento d'identità/riconoscimento, ove possibile, del paziente accompagnato**

SEZIONE B – DA COMPILARE IN SEDE

Da compilare solo in caso di mancanza documento di identità del paziente:

Io sottoscritto _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del D.P.R. 445/2000 dichiaro che il minore da me accompagnato corrisponde alle generalità summenzionate nel presente modulo e che non è in possesso del documento d'identità/riconoscimento poiché: non ancora rilasciato dalla P.A. smarrito

Luogo, Data _____

Firma accompagnatore _____

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto _____ presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

_____ (firma del dipendente addetto)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016

I Dati Personali inseriti nel presente modulo saranno trattati da Affidea (comprese le società collegate), quale Titolare, per poter garantire la corretta gestione delle pratiche amministrative relative a pazienti minori o sotto tutela. Il conferimento dei dati è necessario per poter dar corso al servizio stesso. I dati saranno trattati anche con l'ausilio di supporti informatici da personale interno adeguatamente istruito e autorizzato. Non verranno utilizzati processi decisionali automatizzati. I dati non saranno diffusi e saranno conservati per il tempo non superiore a quello strettamente necessario a perseguire le finalità per i quali gli stessi sono stati raccolti o per finalità correlate al diritto di difesa delle parti. Lei potrà esercitare i propri diritti ex artt. 15 e seguenti del Regolamento rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati raggiungibile al seguente indirizzo dpo.it@affidea.it. Per ulteriori informazioni può rivolgersi al personale in accettazione.

*** TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE PER CUI NON È POSSIBILE DELEGARE L'ACCOMPAGNAMENTO**

Le Leggi dello Stato prevedono come necessaria la raccolta del consenso informato in forma scritta per le seguenti categorie, tra parentesi sono riportate alcune prestazioni a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Procedure ad alta invasività (es. colonscopia, iniezioni endoarticolari);
- Utilizzo di mezzi di contrasto (es. RMN, Tac);
- Trattamenti con radiazioni ionizzanti (es. raggi);
- Terapie con elevata incidenza di reazioni avverse (es. scleroterapia, somministrazione farmaci);
- Interventi chirurgici (es. exeresi/rimozione nevi);
- in materia di AIDS;
- in materia di procreazione assistita;
- in materia di terapia con plasma derivati ed emoderivati;
- trattamenti che incidono sulla capacità di procreare;
- trattamenti psichiatrici di maggior impegno.
- in materia di trapianti di organi;
- in materia di sperimentazione scientifica;
- in materia di prelievo ed innesto di cornea;
- in materia di uso di medicinali al di fuori delle indicazioni autorizzate;