

COMUNE DI BURGOS

Provincia di Sassari
Servizio Amministrativo Finanziario

# SCHEDA SANITARIA E CONSENSO PRIVACY

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore o tutore legale del minore:
Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), quanto segue:

- Il minore presenta le seguenti allergie, intolleranze o patologie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- - Terapie farmacologiche in corso: □ Sì □ No (specificare se sì): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZZA

il trattamento dei dati sanitari, anche sensibili, per finalità strettamente connesse all’organizzazione e gestione dell’iniziativa, ai sensi dell’art. 9 del Regolamento UE 2016/679.

**IN ALTERNATIVA (IN CASO DI FIRMA DA PARTE DI UN SOLO GENITORE):**

il sottoscritto, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la già menzionata autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_