



**Il Cerchio S.r.l.**

Via delle Grazie, 5 - 33170 Pordenone - Tel. 0434 571177

ilcerchio.servizi@gmail.com

## CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE PER INTERVENTI CON MINORI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

C. F. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

C. F. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dichiaro di essere genitore del paziente minore \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### **Da compilare in caso di assenza di uno dei genitori (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

#### **Dichiara**

- Di essere stato informato delle disposizioni del Codice Civile che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni e che il mio stato civile è il seguente:

- ☐ coniugato/a    ☐ convivente    ☐ vedovo/a    ☐ separato/a    ☐ divorziato/a    ☐ celibe/nubile
- in situazione di:    ☐ affidamento congiunto    ☐ genitore affidatario    ☐ genitore non affidatario

☐ che, **solo** ai fini dell'**eventuale** applicazione dell'art. 1 della Legge n° 54/2006, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

- Che l'altro genitore, sig.re/ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_, presta il consenso al trattamento dei dati personali/sanitari del proprio figlio nonchè su indicato paziente seppur oggi non può essere presente, per uno dei seguenti motivi:

- ☐ motivi di lavoro, salute o personali (o altro \_\_\_\_\_)
- ☐ lontananza e/o impedimento secondo quanto accertato in uno dei casi di cui all'art. 317 del Codice Civile

#### **Esprime il libero consenso**

- ☐ alla prestazione e al preventivo su indicati in relazione a costi, fini e modalità della stessa
- ☐ al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nell'informativa ricevuta.
- ☐ affinché Il Cerchio srl possa condividere i informazioni di natura clinica, pedagogica e/o didattica con insegnanti e/o altri professionisti, sempre nel pieno rispetto della normativa relativa al trattamento dei dati
- ☐ affinché Il Cerchio srl possa impiegare registrazioni audio/video per gli scopi professionali concernenti la prestazione concordata, potranno inoltre essere impiegate a scopi scientifici e a scopi didattici (supervisione professionale), sempre nel pieno rispetto della normativa relativa al trattamento dei dati

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_ Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Per Il Cerchio srl \_\_\_\_\_



**Il Cerchio S.r.l.**

Via delle Grazie, 5 - 33170 Pordenone - Tel. 0434 571177  
ilcerchio.servizi@gmail.com

---

#### INFORMAZIONI RELATIVE ALL'AVVIO DEL TRATTAMENTO E PREVENTIVO

Avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità del trattamento, esprime il mio libero consenso, barrando la casella di seguito, all'avvio del trattamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Genitori \_\_\_\_\_

Per IlCerchio srl \_\_\_\_\_

---