



Poliambulatorio Vespucci s.r.l.

**CONSENSO INFORMATO  
PER GENITORI O TUTORI  
PER L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE MEDICO-SANITARIE**

**Mod. 2.2.1**

Edizione 01 Rev. 01  
Del 30/11/2021  
Pag. 1 di 1

Il presente consenso al trattamento deve essere compilato e sottoscritto in caso di paziente con tutore (minore, soggetto non in grado di intendere e di volere, minore con affidamento ecc.).

La sottoscrizione non è obbligatoria ma in caso di mancata sottoscrizione il **Poliambulatorio Vespucci srl** si trova impossibilitato ad erogare le relative prestazioni medico-sanitarie.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Sottoscrizione del consenso al trattamento con tutore o chi ne fa le veci (minore)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
presa visione dell'informativa fornitagli dal personale del **Poliambulatorio Vespucci srl**, e allegata al presente modulo, esprime il consenso a trattare i dati personali esclusivamente ai fini indicati nell'informativa stessa riguardanti il sig./sig. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ e successivamente alla presentazione del seguente documento (con estremi) \_\_\_\_\_.

Autorizza inoltre il personale medico di **Poliambulatorio Vespucci srl** a consegnare e comunicargli direttamente documentazione e informazioni relative lo stato di salute dell'interessato.

Chioggia,

Firma \_\_\_\_\_