

**Villa Serena**

Via del Camaldolino, 8 - 47121 Forlì (FC)  
Telefono: 0543.454111  
sportellivs@ospedaliprivatiforli.it

 **Villa Igea**

V.le A. Gramsci, 42 - 47122 Forlì  
Telefono 0543.454111  
sportellivi@ospedaliprivatiforli.it

 **Villa Orchidee**

Via Balducci, 38 - 47121 Forlì  
Telefono 0543.454225  
sportellivo@ospedaliprivatiforli.it

**DATI DEL DICHIARANTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_,

**DATI DEL MINORE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, **dichiaro che le informazioni fornite corrispondono al vero**. In caso di accertata non veridicità del contenuto della dichiarazione, l'Amministrazione procederà secondo la legge.

**DICHIARA** Di esercitare la responsabilità genitoriale in qualità di

- Padre
- Madre
- Affidatario (allegare copia dell'atto di affidamento del Tribunale)
- Tutore (allegare copia del decreto di nomina)
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

Se la responsabilità genitoriale è esercitata congiuntamente all'altro genitore

Firma dell'altro genitore: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

(allegare copia del documento d'identità dell'altro genitore)

## Delega

**SONO ESCLUSE DA DELEGA: le prestazioni che prevedono un consenso specifico, come interventi chirurgici o trattamenti che richiedono un consenso informato.**

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A procedere con:

Il ritiro del referto relativo alla prestazione \_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_

Accompagnare il/la minore sopraindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria:

\_\_\_\_\_

### Allegati richiesti:

- Copia del documento d'identità del delegante
- Copia del documento d'identità del delegato
- Eventuale documentazione attestante la responsabilità genitoriale o l'affidamento

**Dichiaro** di aver preso visione dell'informativa completa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679, disponibile all'indirizzo [www.ospedaliprivatiforli.it](http://www.ospedaliprivatiforli.it). Il Titolare del trattamento è Ospedali Privati Forlì spa. I dati saranno trattati per evadere la richiesta. Sono riconosciuti i diritti di cui agli art. da 15 a 22 del Regolamento UE 2016/679. Per ulteriori informazioni o per esercitare i diritti, inviare una richiesta a [privacy@ospedaliprivatiforli.it](mailto:privacy@ospedaliprivatiforli.it).

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

Firma del delegato

\_\_\_\_\_

*Spazio riservato operatori OPF*

**I documenti allegati sono stati verificati e risultano corretti e validi.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del verificatore \_\_\_\_\_