

**Protocollo quadro per l'utilizzo del "Certificato Specialistico Pediatrico" a favore della tutela della disabilità  
MODULO DI RICHIESTA "CERTIFICATO SPECIALISTICO PEDIATRICO"**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/La Sottoscritto/a      Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000)

**DICHIARA**

(allega documento di riconoscimento)

☐ Di esercitare la **potestà genitoriale** sul minore \_\_\_\_\_;

☐ Di essere **Tutore** di \_\_\_\_\_ nominato con provvedimento del Tribunale di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

☐ Di essere **Curatore** di \_\_\_\_\_ nominato con provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di \_\_\_\_\_;

☐ Di essere **Amministratore di sostegno** di \_\_\_\_\_ nominato con provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di \_\_\_\_\_.

**Dati del MINORE:**      Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**E CHIEDE**

che venga redatto il **"CERTIFICATO SPECIALISTICO PEDIATRICO"** per il sopraindicato minore, dimesso/in cura presso l'U.O. \_\_\_\_\_ dell'AORN Santobono-Pausilipon.

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

**Il Richiedente** \_\_\_\_\_  
(firma per esteso leggibile)



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale  
"Santobono-Pausilipon"**  
*Via Teresa Ravaschieri, 8 (già Via della Croce Rossa, 8)  
80122- Napoli  
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630*

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
EX ART. 13 REG. EUR. 679/2016 (GDPR)**

Il Titolare del Trattamento desidera informarLa, ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR, che tratta i dati personali e quelli così detti particolari, Suoi e/o del soggetto per il quale Lei esercita la responsabilità genitoriale o legale, compreso quelli, se richiesto, dei componenti del Suo nucleo familiare da Lei fornitici ed anche acquisiti da fonti terze, nel rispetto degli obblighi normativi e per le sole finalità legate allo svolgimento delle attività istituzionali di questa A.O.R.N.

Per quanto riguarda specificatamente i trattamenti di dati personali effettuati si rimanda all'informativa pubblicata sul sito web aziendale – sezione "PRIVACY" disponibile al seguente link <https://www.santobonopausilipon.it/privacy/>.

\*\*\*\*\*

**RICEVUTA ED ESPRESSIONE DI PRESA D'ATTO E CONSENSO**

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e del d.lgs. 196/2003, così come modificato dal d.lgs. 101/2018, e di averne compreso il contenuto, ed esprimono liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei propri dati personali e particolari, per le finalità e la durata precisati nell'informativa.

NAPOLI \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO DEL PRIMO GENITORE

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO DEL SECONDO GENITORE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PRIMO GENITORE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SECONDO GENITORE