

**Dichiarazione sostitutiva  
dell'atto di notorietà genitori**

(art. 47 DPR 18/12/2000, n. 445)

*Si prega di scrivere in stampatello*

I sottoscritti:

**PADRE:**

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**MADRE:**

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

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLI**

- per le rispettive dichiarazioni, delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false i (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000),
- che la responsabilità genitoriale di entrambi i genitori non cessa a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio ai sensi dell'art. 317 del codice civile,

**DICHIARANO**

- **di essere genitori del minore paziente:**

del/la MINORE: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **di aver preso atto del consenso informato** cui la presente dichiarazione costituisce allegato e parte integrante;
- **di essere consapevoli e di acconsentire** affinché i propri dati personali vengano trattati dall'Istituto Auxologico Italiano, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679.  
I Vostri dati saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per adempiere agli obblighi o ai compiti oggetto della prestazione sanitaria. Il Regolamento (UE) 2016/679 Vi conferisce taluni diritti, tra i quali – ai sensi dell'art. 13 – Le ricordiamo il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione dei trattamenti che Vi riguardano o di opporsi ai trattamenti, il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Per esercitarli ciascuno dovrà inviare raccomandata r.r. indirizzata all' Istituto Auxologico Italiano - Direzione Generale – Via L. Ariosto 13 – 20145 Milano, oppure mezzo fax al n. 02.619112204 che è il Titolare del trattamento. L'Istituto ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), nella persona del dott. Valerio Gatti, raggiungibile al seguente indirizzo email: [dpo@auxologico.it](mailto:dpo@auxologico.it).

Data

Firme genitori

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Si prega di scrivere in stampatello*

Il sottoscritto Sig./a \_\_\_\_\_

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

Documento n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

**D I C H I A R O**

– di essere genitore/titolare della responsabilità genitoriale

del/la MINORE: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

– che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317<sup>i</sup> del Codice Civile del cui testo in calce ho preso atto, l'altro genitore **non** può firmare il consenso perché **assente per**:

Impedimento

Lontananza

Altro \_\_\_\_\_

Data

Firma genitore

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>i</sup> Art. 317 c.c.: " Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro.

La responsabilità genitoriale di entrambe i genitori non cessa a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio; il suo esercizio, in tali casi è regolato dal capo II del presente titolo."