

	AUTOCERTIFICAZIONE	Mod.05.202 Rev.3 Aggiornato il 20/01/2026
		

Il Titolare desidera informarLa che i dati personali raccolti compilando questa autocertificazione e da Lei forniti per eventuali richieste formulate per conto del paziente che Lei rappresenta verranno trattati per lo svolgimento di attività amministrative strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con il paziente e per gestire le Sue richieste (quali, a titolo esemplificativo, richieste di eventuali copie di referti o altri documenti, ecc.), nonché per gli adempimenti legati ad obblighi di legge.

Per queste finalità non è richiesto il consenso, poiché il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato che Lei rappresenta è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6, par. 1, lett. b del GDPR), nonché per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento (art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR).

Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio e il mancato conferimento comporta l'impossibilità per il Titolare di dare seguito alle Sue richieste e eseguire il contratto.

Per esercitare i Suoi diritti o per maggiori informazioni relative al trattamento dei dati personali della persona che Lei rappresenta, può consultare le informative sul trattamento dei dati personali esposte presso il Centro e consultabili tramite il QR Code riportato sul presente modulo.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DELLA QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____, C.F. _____,
nome e cognome

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA, sotto la propria responsabilità, di essere:

- ☐ il tutore (sentenza n. _____ del ____/____/____, Tribunale di _____)
- ☐ l'amministratore di sostegno (decreto di nomina n. _____ del ____/____/____, Giudice Tutelare di _____)
- ☐ altro legale rappresentante: _____
specificare (indicando l'eventuale documento istituzionale di riferimento)

di _____, C.F. _____.
nome e cognome del paziente

DICHIARA, altresì, sotto la propria responsabilità, di essere munito dei poteri necessari per formulare istanze per conto del paziente (quali, a titolo esemplificativo, richieste di copie di esami, credenziali di accesso ai portali del Titolare, ecc.) e per prestare, ove necessari, i relativi consensi.

_____, li ____/____/____ Firma **X** _____