

REGISTRO NAZIONALE GEMELLI



Tel. +39 06.4990.4154 / 4171 / 4175 - Fax +39 06.4990.4151 - www.iss.it/gemelli - registro.nazionale.gemelli@iss.it - Registro Nazionale Gemelli

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma



ID _____

CONSENSO INFORMATO PER L'ADESIONE AL REGISTRO NAZIONALE GEMELLI - (Sez. A)

e

AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Sez. B)

(Reg. EU 2016/679 – GDPR e D.Lgs. 196/2003 - Codice Privacy come novellato dal D.Lgs 101/2018 e ss.mm.ii.)

Io sottoscritto/a _____	<i>Nome e cognome del genitore 1</i>	
nato/a a _____	<i>Luogo di nascita</i> _____	<i>(_____) il</i> _____ / _____ / _____
Prov. _____ gg _____ mm _____ aaaa		
in qualità di genitore 1 di _____		
<i>Nome e cognome dei gemelli</i>		

e

Io sottoscritto/a _____	<i>Nome e cognome del genitore 2*</i>	
nato/a a _____	<i>Luogo di nascita</i> _____	<i>(_____) il</i> _____ / _____ / _____
Prov. _____ gg _____ mm _____ aaaa		
in qualità di genitore 2* di _____		
<i>Nome e cognome dei gemelli</i>		

*Eventuali eccezioni al doppio consenso genitoriale nei casi in cui:
- genitore superstite (per decesso dell'altro);
- genitore affidatario esclusivo (provvedimento Tribunale Civile);
- unico genitore esercente la responsabilità genitoriale (art. 330 c.c. provvedimento Tribunale per i Minorenni);
- altra causa, indicare quale: _____

o

<u>Da compilare solo in caso di presenza di un Rappresentante Legale dei minori</u>		
Io sottoscritto/a _____		
nato/a a _____	<i>Luogo di nascita</i> _____	<i>(_____) il</i> _____ / _____ / _____
Prov. _____ gg _____ mm _____ aaaa		
in qualità di <u>Rappresentante Legale (Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno) di</u> _____		
<i>(Nome e cognome dei gemelli)</i>		
nato/a a _____	<i>Luogo di nascita</i> _____	<i>(_____) il</i> _____ / _____ / _____
Prov. _____ gg _____ mm _____ aaaa		



A. Napolione '99



Sezione A – Consenso all’adesione al Registro Nazionale Gemelli

Dichiaro/dichiariamo:

- di aver appreso delle finalità e delle modalità di svolgimento del Registro Nazionale Gemelli ed averle comprese;
- essere consapevole/i che la partecipazione è volontaria e che ci si può ritirare in qualsiasi momento, senza fornire alcuna giustificazione.

- 1. Acconsento/acconsentiamo all’adesione dei minori al Registro Nazionale Gemelli e ad essere contattato/i** (email, posta, sms, telefono) esclusivamente dal personale del Registro Nazionale Gemelli per comunicazioni, aggiornamenti e inviti a partecipare ai vari studi, nel rispetto delle procedure e delle fasi illustratemi.

SI

NO

Sezione B - Consenso al trattamento dei dati personali

Dichiaro/dichiariamo, inoltre:

- di aver letto per intero e compreso il contenuto del documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l’utilizzo, anche futuro, dei dati personali necessari alla realizzazione delle finalità del Registro Nazionale Gemelli;
- di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso.

- 2. Acconsento/acconsentiamo al trattamento dei dati personali dei minori** per le finalità del Registro Nazionale Gemelli ai sensi della normativa vigente.

SI

NO

Luogo e data _____ **Firma** _____

del genitore 1

Firma _____

del genitore 2*

Firma _____

del Rappresentante Legale

ATTENZIONE!

PER ISCRIVERE I MINORI AL REGISTRO È NECESSARIO BARRARE IL “SI” AI PUNTI 1 e 2, E CHE ENTRAMBI I GENITORI O IL TUTORE DIANO IL CONSENSO E FIRMINO IL MODULO.

Il Titolare del Trattamento dei Dati Personalini, l’Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma, è raggiungibile al seguente recapito: protocollo.centrale@pec.iss.it

Il Responsabile per la Protezione dei Dati Personalini dell’Istituto Superiore di Sanità è raggiungibile al seguente recapito: responsabile.protezionedati@iss.it

Anche in caso di **non adesione al RNG** vi preghiamo di compilare questo modulo e inviarlo a registro.nazionale.gemelli@iss.it