

S022

**AUTOCERTIFICAZIONE PER DETENTORI DELL'AUTORITÀ PARENTALE (Cartella Informatizzata del Paziente)**

Per l'apertura e la gestione della Cartella Informatizzata del Paziente a favore di minori

Il/la sottoscritto/a  
(allegare fotocopia documento identità)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Sesso:  femmina  maschio

Via e numero: \_\_\_\_\_

NPA e località: \_\_\_\_\_

Dichiara di essere detentore/trice dell'autorità parentale:  Singola  Congiunta

di  
(allegare fotocopia documento identità)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Sesso:  femmina  maschio

Via e numero: \_\_\_\_\_

NPA e località: \_\_\_\_\_

Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di autorità parentale, in caso di autorità parentale congiunta, il consenso deve essere condiviso dai genitori. Qualora la presente autocertificazione per l'apertura e gestione della CIP a favore di minori, venga firmata da un solo genitore, si presume la condivisione da parte di entrambi i genitori ai sensi dell'art. 304 cc.

Il/la detentore/trice dell'autorità parentale prende atto della sua responsabilità civile e penale in caso di false dichiarazioni nell'ambito della presente autocertificazione.

**(Si prega di allegare una copia del documento di identità valido del minore e del detentore/i/trice)**

Data e luogo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

L'Associazione e-Health Ticino è espressamente esonerata da qualsivoglia responsabilità e/o obbligo di sorveglianza circa l'attività svolta dal Rappresentate.