

Formulario «Informazioni sui dati di mio figlio/mia figlia»

In qualità di genitore o rappresentante legale, vorrei ricevere le seguenti informazioni:

- se il registro dei tumori pediatrici contiene informazioni su mio figlio/mia figlia.
- quali informazioni su mio figlio/mia figlia sono registrate nel registro dei tumori pediatrici.

1. Dati di mio figlio/mia figlia:

Nome/i _____

Cognome/i _____

Sesso femmina maschio altro

Evtl. cognome/i alla nascita _____

N. di assicurazione (n. AVS*) _____

Data di nascita _____

* Il n. AVS è il numero di 13 cifre che si trova sulla tessera d'assicurazione malattie.

2. Miei dati in qualità di genitore / rappresentante legale:

Appellativo Signora Signor

Nome/i _____

Cognome/i _____

Via e numero civico _____

Codice postale e luogo _____

Numero di telefono _____

Indirizzo e-mail _____

3. Dati sull'invio delle informazioni

Se nel registro sono presenti informazioni su Suo figlio/Sua figlia, saranno inviate a Lei e/o al (precedente) medico curante (ad es. all'oncologa pediatrica / all'oncologo pediatrico). Il medico sarà lieto di discutere con Lei le informazioni e il loro significato.

Selezioni l'opzione che preferisce:

- a. Inviare le informazioni **esclusivamente al medico curante**. -> Inserisca i **dati di contatto** del medico al punto 4.
- b. Inviare le informazioni a me **e al medico curante**. -> Inserisca i **dati di contatto** del medico al

punto 4.

c. Inviare le informazioni **esclusivamente a me.**

Se le informazioni devono essere inviate (anche) a Lei, come desidera riceverle?

Desidero ricevere le informazioni:

in formato elettronico in un file protetto da password (il link al file viene inviato tramite e-mail e la password viene inviata separatamente via SMS -> Inserisca il Suo numero di cellulare al punto 2),
OPPURE

in formato cartaceo tramite lettera raccomandata inviata per posta.

4. Dati di contatto del (precedente) medico curante (ad es. dell'oncologa pediatrica / dell'oncologo pediatrico) (da compilare solo se ha selezionato l'opzione «a» o «b» al punto 3):

Appellativo

Dr.ssa

Dr.

Nome/i

Cognome/i

**Evtl. nome
dell'ospedale**

Via e numero civico

**Codice postale e
luogo**

Telefono

Indirizzo e-mail

5. Allegati richiesti:

a. Copia del passaporto o della carta d'identità di Suo figlio/Sua figlia

E

b. Copia del certificato di famiglia o della prova ufficiale della tutela legale

Firma del genitore o del
rappresentante legale:

Luogo, data: _____
