

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** \_\_\_\_\_  
*Nome e cognome del genitore 1*

**nato/a a** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Luogo di nascita Prov. gg mm aaaa*

in qualità di genitore 1 di \_\_\_\_\_  
*Nome e cognome dei gemelli*

e

**Io sottoscritto/a** \_\_\_\_\_  
*Nome e cognome del genitore 2\**

**nato/a a** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Luogo di nascita Prov. gg mm aaaa*

in qualità di genitore 2\* di \_\_\_\_\_  
*Nome e cognome dei gemelli*

\*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

Da compilare solo in caso di presenza di un Rappresentante Legale dei minori

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Luogo di nascita Prov. gg mm aaaa*

in qualità di Rappresentante Legale (*Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno*) di \_\_\_\_\_  
*(Nome e cognome dei gemelli)*

nati a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Luogo di nascita Prov. gg mm aaaa*



## 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** **SI**  **NO**   
per le finalità del Registro Nazionale Gemelli ai sensi della normativa vigente.

**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 Personali**, l’Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma, è raggiungibile al seguente recapito: [protocollo.centrale@pec.iss.it](mailto:protocollo.centrale@pec.iss.it)

**Il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali dell’Istituto Superiore di Sanità** è raggiungibile al seguente recapito: [responsabile.protezionedati@iss.it](mailto: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](mailto:registro.nazionale.gemelli@iss.it)