

CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO PER MINORE

Dati del/dei genitore/i: **tutore** dell'assistito minorenni

(il consenso informato per il minore deve provenire da entrambi i genitori o da chi ne fa le veci giuridiche, anche in caso di genitori divorziati o separati o unici affidatari (Codice Civile, artt. 155-316-317-317 bis):

Cognome e Nome (Madre/Tutore)

CF _____

Nata a _____

Prov _____

II _____

Residente a _____

Tel _____

Documento di identità _____

N° _____

Rilasciato da _____

II _____

Cognome e Nome (Padre)

CF _____

Nato a _____

Prov _____

II _____

Residente a _____

Tel _____

Documento di identità: _____

N° _____

Rilasciato da _____

II _____

In qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale / tutore legale del minore:

Cognome e Nome (del minore)

CF _____

Nata/o a _____

Prov _____

II _____

Residente a _____

Tel _____

Dichiara

di essere stato/a informato/a in modo chiaro, completo e comprensibile circa: la natura dell'atto medico a cui il minore sarà sottoposto; i benefici attesi e gli eventuali rischi o complicanze connessi alla procedura; eventuali alternative diagnostiche o terapeutiche disponibili; le modalità di esecuzione dell'atto e il decorso post-procedura (se previsto); la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento.

Autorizza

il personale sanitario incaricato ad effettuare sul proprio figlio minore le prestazioni mediche di seguito indicate:

Tipo prestazione: _____

Luogo _____ **Data** _____

Firma (madre) _____ **Firma (padre)** _____

Firma (tutore) _____