

DATI IDENTIFICATIVI

minore.....

nato a..... il.....

Il sottoscritto

GENITORE 1.....

nato a..... il.....

GENITORE 2.....

nato a..... il.....

TUTORE/CURATORE SPECIALE.....

nato a..... il.....

munito di poteri in forza di provvedimento giudiziario emesso in data.....

dal Tribunale di..... /Giudice Tutelare di....., mai revocato

I genitori (il tutore) dichiarano (dichiara) consapevolmente

- di aver compreso il tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente:

Esame

- di aver pienamente compreso le informazioni, che sono state fornite, tramite apposita informativa, in data.....

Resi consapevoli:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta su richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetta l'indagine proposta

(in donna in età fertile) **DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

SI **NO**

Data Firma Genitore 1
Firma Genitore 2
Firma Tutore/Curatore speciale
Firma medico

REVOCA DEL CONSENSO

I genitori (il tutore), in datadichiarano / dichiara di revocare il consenso,
avendo ricevuto dai sanitari informazioni sulle conseguenze di tale decisione e sulle possibili
alternative.

Data Firma Genitore 1
Firma Genitore 2
Firma Tutore/Curatore speciale
Firma medico

LADDOVE VI SIA UN SOLO GENITORE:

Il genitore
sottoscrivendo il presente modulo integra quanto sopra con le seguenti dichiarazioni

il minore ha un solo genitore

OPPURE

Il Genitore sig. nato il

➤ non può presenziare alla prestazione in quanto:

- impossibilitato per ragioni di salute
- impossibilitato per le seguenti ragioni di lavoro
- domiciliato fuori dal territorio della provincia di Torino;
 - che è a conoscenza che il proprio figlio minore viene sottoposto in data.....
alla prestazione.....
e ad essa acconsente;

Data Firma