



**polikliambulatori
San Gaetano**

ECCELLENZA SENZA ATTESE

Direzione Sanitaria Dott.ssa Spezzapria Maria, Dott. Zancan Giuseppe, Dott. Zancan Renzo

CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO PER MINORE

MADRE o TUTORE LEGALE

La sottoscritta genitore o tutore legale del minore:

Cognome e nome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Codice fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

Telefono: _____

Documento di identità: _____

n. _____ rilasciato da _____

il ____ / ____ / ____

PADRE

Il sottoscritto genitore o tutore legale del minore:

Cognome e nome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Codice fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

Telefono: _____

Documento di identità: _____

n. _____ rilasciato da _____

il ____ / ____ / ____

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

Cognome e nome del minore: _____ Luogo di nascita: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Codice fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

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 DEL GENITORE / MADRE

FIRMA DEL GENITORE / PADRE

FIRMA DEL TUTORE LEGALE