



## CONSENSO INFORMATO PER MINORI

(Età <18 anni)

### IN QUALITÀ DI

<input type="checkbox"/> PADRE, lo sottoscritto .....	nato il ...../...../.....
<i>Cognome e nome</i>	
<input type="checkbox"/> MADRE, lo sottoscritta .....	nata il ...../...../.....
<input type="checkbox"/> TUTORE (Allegare documento comprovante il relativo stato giuridico) lo sottoscritto/a .....	nato il ...../...../.....
<i>Cognome e nome</i>	
<b>DEL MINORE</b> .....	nato/a il ...../...../.....
<i>Cognome e nome</i>	

### DICHIARO

- di essere stato informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile dal Dott. ....  
in merito alla prestazione sanitaria proposta per il minore: .....
- di essere stato informato riguardo ai vantaggi attesi, agli eventuali effetti collaterali e ai rischi di complicanze, nonché sulle possibili alternative, sulle possibili conseguenze in caso di rifiuto della prestazione, sulle indicazioni per il follow-up;
- di aver potuto chiedere al medico chiarimenti e che mi sono stati forniti;
- di essere stato informato/a che in caso di urgenze cliniche potranno rendersi necessari interventi addizionali o alternativi, già discussi nel corso del colloquio;
- di essere stato informato/a di poter revocare la scelta effettuata in qualsiasi momento precedente la prestazione;
- di essere stato informato che in questa Azienda prestano servizio anche medici e altri professionisti sanitari in formazione che, sotto la vigilanza di un tutore, potrebbero partecipare al mio percorso diagnostico-terapeutico.

di aver letto e compreso quanto illustrato nel FOGLIO INFORMATIVO ALLEGATO

### E PERTANTO

<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b> alla/e procedura/e sopra indicata/e	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b> alla/e procedura/e sopra indicata/e
<i>FIRMA DEL PADRE</i> .....	<i>FIRMA DEL PADRE</i> .....
<i>FIRMA DELLA MADRE</i> .....	<i>FIRMA DELLA MADRE</i> .....
<i>FIRMA DEL MINORE CONSAPEVOLE</i> .....	<i>FIRMA DEL MINORE CONSAPEVOLE</i> .....
<i>FIRMA DEL TUTORE/RAPP. LEG.</i> .....	<i>FIRMA DEL TUTORE/RAPP. LEG.</i> .....

<i>FIRMA DEL MEDIATORE/INTERPRETE (se presente)</i> .....	Dichiaro di aver verificato la comprensione delle informazioni. <u>FIRMA E MATRICOLA DEL MEDICO</u> .....	<b>DATA</b> ...../...../..... <b>Ora</b> .....
--	---	--

Da compilare in caso di assenza di un genitore

**DICHIARO INOLTRE**, consapevole delle responsabilità previste dall'art .76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la mia personale responsabilità, **che ai sensi dell'art. 317 del Codice civile il genitore qui non presente non è in grado di esprimere il consenso per lontananza o altro impedimento. DICHIARO in proposito che:**

il genitore qui non presente è informato del percorso di cura del minore e condivide le scelte che vengono da me espresse

il genitore qui non presente non è rintracciabile in un tempo compatibile con il trattamento proposto

**FIRMA** ..... **data**...../...../.....