

OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	CONSENSO AZIENDALE	CONSAZHQA_0041		
	<b>CONSENSO INFORMATO DA PARTE DEI GENITORI DEL MINORE</b>	Rev. 1	Data 01/06/2017	Pag. 1 di 1

Le informazioni circa l'atto sanitario di: .....  
pubblicate nel sito internet dell'Istituto e consegnate come Informativa CODICE.....

riguardano il/la **minore**: Cognome nome.....  
Nato/a il ...../...../..... a.....

Le informazioni riguardo benefici e possibili complicanze connesse all'atto sanitario e allo stato di salute del/della minore sono state illustrate ai genitori/ tutore dal/la Dott./Dott.ssa .....  
che ha verificato l'avvenuta comprensione da parte loro delle informazioni fornite in data ...../...../.....

**ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE del CONSENSO INFORMATO DA PARTE DI CHI ESERCITA LA RESPONSABILITA' GENITORIALE/ TUTORE**

In qualità di genitore  / tutore  del minore .....

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto (in particolare su: potenziali benefici e rischi, possibili complicanze prevedibili, possibili conseguenze del non trattamento, possibili alternative e relativi benefici, rischi e complicanze) e di avere effettivamente compreso le informazioni datemi, attraverso l'informativa scritta ricevuta e il colloquio con il medico. Inoltre:

**1)** Io sottoscritto/a .....

Nato/a il ...../...../..... a .....

Residente a ..... (Prov. ....)

In Via .....n. ....

Dichiaro di **ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto

Dichiaro di **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto

Data ...../...../..... **Firma**.....

**2)** Io sottoscritto/a .....

Nato/a il ...../...../..... a .....

Residente a ..... (Prov. ....)

In Via .....n. ....

Dichiaro di **ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto

Dichiaro di **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto

Data ...../...../..... **Firma**.....

**Timbro e firma del medico che acquisisce il consenso/dissenso**.....

**NB** In caso di disaccordo tra i genitori la prestazione non si eroga

[Da compilare **SOLO** nel caso sia presente un **UNICO** genitore]

Io sottoscritto/a .....dichiaro che l'altro genitore non può firmare il consenso/ dissenso in quanto:

sono l'**AFFIDATARIO/ A ESCLUSIVO/ A** del/la minore (Art. 337 quater CC)

è assente per: lontananza  impedimento  incapacità  altro  (.....)

Data ...../...../..... Firma del/la dichiarante .....

Redatto Unità di Gestione del Rischio -Medicina Legale	Controllato Unità di Gestione del Rischio	Approvato Direzione Sanitaria Aziendale
---	--	--