

# MODULO DI CONSENSO INFORMATO IN CASO DI MINORI O DI SOGGETTI INCAPACI DI ESPRIMERE UN CONSENSO

## Tipo di trattamento:

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In qualità di

GENITORE

RAPPRESENTANTE LEGALE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

### DICHIARO DI :

aver ricevuto informazioni chiare ed esaurienti

(riportate nel foglio informativo che mi è stato consegnato):

-sulle caratteristiche

-sulle alternative terapeutiche

-sui potenziali benefici

-sugli eventuali rischi e complicanze

del TRATTAMENTO sopra specificato.

### DICHIARO INOLTRE DI:

aver letto e compreso il foglio informativo che mi è stato consegnato con sufficiente anticipo e che conferma quanto mi è stato verbalmente detto; aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti; essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento proposto;

aver avuto il tempo sufficiente per decidere; essere consapevole che la decisione di accettare il Trattamento proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;

essere stato/a informato/a che tutti i dati personali e di salute del minore saranno trattati ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", come successivamente integrato e modificato; che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi a:

dr.

\_\_\_\_\_

Pertanto

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

<p>Data ____/____/____</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. FIRMA DEL GENITORE</li><li>2. RAPPRESENTANTE LEGALE</li><li>3. AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</li></ol>	<p>FIRMA DEL MEDICO Prof. Osvaldo Sponzilli</p>
---	---