

CONSENSO INFORMATO MINORI**IDL**

01

del

14/03/24

MDS 8

Dati identificativi di chi si sottopone alla prestazione fisioterapica:

Cognome e Nome_____
data di nascita**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA dell'ATTO di NOTORIETA' (art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n°445):**

Io sottoscritto/a (dati identificativi di chi esercita la potestà genitoriale/tutela legale):

Cognome e Nome_____
Data di nascita_____
Codice Fiscale

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la potestà genitoriale sul minorenni compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati) e la tutela legale viene attribuita da un giudice, dichiaro:

- di essere genitore del minore e che l'altro genitore non sottoscrive il modulo ma è consenziente (o deceduto o altro)

IN CASO DI INCAPACE

- di essere legale rappresentante/tutore/curatore del soggetto minore od incapace

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario.
Consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dello stesso.

Data _____

Firma leggibile di chi esercita la Potestà genitoriale /Tutela Legale _____

Firma leggibile dell'operatore sanitario _____