

DELEGA SPECIALE ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTO SANITARIO SU MINORE

Dati del Delegante

Il/La sottoscritto/a

| | | |
|-------------------------|--|----------|
| Nome e Cognome | | |
| Luogo e data di nascita | | |
| Indirizzo di Residenza | | Prov () |
| Codice Fiscale | | |

in qualità di

Genitore esercente la responsabilità genitoriale

PREMESSO CHE:

- ai sensi degli artt. 316 e 337-ter del codice civile, la responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori e le decisioni riguardanti la salute del minore sono assunte congiuntamente;
- in virtù dell'art. 3 della Legge n. 219/2017, il consenso informato ai trattamenti sanitari su minori deve essere prestato da entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale;
- l'art. 317 del codice civile prevede che, in caso di lontananza, incapacità o altro impedimento di un genitore, l'altro possa esercitare in via esclusiva la responsabilità genitoriale;

per cause contingenti e documentabili (es. assenza per motivi di lavoro, permanenza all'estero, ricovero, ecc.), il/la sottoscritto/a si trova nell'impossibilità di presenziare alla visita fissata presso

| | |
|----------------------|--|
| Sede | |
| Data visita | |
| Visita Specialistica | |

CON LA PRESENTE DELEGA

| | | |
|-------------------------|--|----------|
| Nome e Cognome | | |
| Luogo e data di nascita | | |
| Indirizzo di Residenza | | Prov () |
| Codice Fiscale | | |

altro genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Dati del Minore

| | | |
|-------------------------|--|----------|
| Nome e Cognome | | |
| Luogo e data di nascita | | |
| Indirizzo di Residenza | | Prov () |
| Codice Fiscale | | |

a sottoscrivere in nome e per conto del/dei delegante/i il modulo di consenso informato relativo al trattamento sanitario indicato in oggetto, ai sensi della normativa vigente, assumendosi la piena responsabilità delle dichiarazioni rese e della documentazione prodotta.

Il presente atto di delega è conferito per una sola volta e con esclusivo riferimento alla procedura sanitaria programmata per il giorno / / , fatta salva la possibilità di rinnovo mediante nuova sottoscrizione.

Alla presente si allegano:

- Copia del documento di identità in corso di validità del delegante;
- Copia del documento di identità in corso di validità del delegato;
- Ulteriore, eventuale, documentazione attestante l'impedimento del delegante (facoltativo ma consigliato: es. autodichiarazione, certificato medico, lettera del datore di lavoro, ecc.).

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data,

Firma del delegante