



**Il sottoscritto titolare di responsabilità genitoriale/legale, soggetto compilatore**

Sig./a .....

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

Residente a ..... CAP .....

In Via/Piazza ..... N° .....

Documento n. ....

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

**DICHIARA E INFORMA**

di essere  padre  madre  genitore affidatario  tutore  altro ..... esercente la responsabilità genitoriale  
..... esercente la responsabilità legale

**DEL/DELLA**

**MINORE (Nome e Cognome):** .....

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

*Compilare solo nel caso in cui i dati di residenza del minore siano diversi da quelli dell'esercente responsabilità genitoriale/tutoriale sopraindicati*

Residente a ..... CAP .....

In Via/Piazza ..... N° .....

a cui è stata prescritta la **PRESTAZIONE SANITARIA:** .....

- che necessita della presenza obbligatoria di entrambi i genitori<sup>1</sup>
- che NON necessita della presenza obbligatoria di entrambi i genitori

da effettuarsi presso la **STRUTTURA:** .....

di riferire che i dati dell'altro genitore sono i seguenti (se pertinente):

Nome e Cognome dell'**ALTRO GENITORE:**.....

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

e che l'altro genitore è  presente alla visita  NON presente alla visita

di aver ricevuto informazioni sulla possibilità di delega di altri soggetti maggiorenni all'accompagnamento del minore suindicato attraverso il modulo di delega Mod. 0365 (richiedibile al personale preposto all'accoglienza), ad eccezione dei casi di cui alla Nota n. 1;

di autorizzare il minore suindicato, di età ≥16 anni all'accesso autonomo alle prestazioni per le quali tale prassi è eccezionalmente consentita dalle leggi e dai regolamenti dell'istituto<sup>2</sup>.

Trieste (data) .....

Firma .....

*L'esercente della responsabilità genitoriale/tutoriale*

**IN CASO DI PRESTAZIONE SANITARIA LA CUI EROGAZIONE NECESSITA DELLA PRESENZA DI ENTRAMBI I GENITORI E IN ASSENZA DI UNO DI ESSI PER GRAVE IMPEDIMENTO, COMPILARE I CAMPI SUL RETRO**

<sup>1</sup> Prestazioni per vaccinazioni, per valutazioni psicologiche e neuropsichiatriche, per accertamento di HIV, per analisi genetiche, per protocollo di studio clinico, specifiche su indicazione del medico specialista (lo specialista richiede la presenza di tutti i soggetti ritenuti utili alle indagini o al trattamento diagnostico), che prevedono un consenso informato ad atto sanitario specifico.

<sup>2</sup> Prestazioni riabilitative (laserterapia, logopedia, fisioterapia, ecc.), terapeutiche (medicazioni, ecc.), trattamenti ortodontici, esplorazione del fundus dell'occhio, salvo restrizioni (necessità del consenso informato specifico o indicazioni del medico specialista).



**DA COMPILARE NEI SOLI CASI DI PRESTAZIONE SANITARIA LA CUI EROGAZIONE NECESSITA DELLA PRESENZA DI ENTRAMBI I GENITORI, IN ASSENZA DI UNO DI ESSI PER GRAVE IMPEDIMENTO**

**DICHIARAZIONE**

**Il sottoscritto**

Sig./a (nome, cognome, data di nascita o CF) .....

**titolare di responsabilità genitoriale**

per il soggetto minore (nome, cognome, data di nascita o CF): .....

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA**

di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i minorenni di età, di cui al Codice Civile;

di essere (stato civile): celibe/nubile coniugato/a vedovo/a  
separato/a legalmente o divorziato/a in situazione di: affidamento congiunto  
genitore affidatario  
genitore non affidatario

di poter affermare che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per grave impedimento (lontananza o altro);

di poter affermare che, ai fini dell'applicazione dell'art. 377<sup>3</sup> ter del Codice Civile ("Provvedimenti riguardo i figli"), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito che il sottoscritto esercita la responsabilità genitoriale separatamente

Letto, confermato e sottoscritto.

Trieste (data) .....

Firma .....

*L'esercente della responsabilità genitoriale*

*La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza dell'operatore addetto che ne ha accertato l'identità (n° documento riportato in fronte pagina) (art. 38, comma 3, DPR 445/2000, come modificato dall'art. 47 del D.lgs. n. 235 del 2010)*

Trieste (data) .....

Firma .....

*L'operatore addetto*

***Il presente modulo, in originale, deve essere allegato alla documentazione clinica e conservato con la stessa***

<sup>3</sup> Ai fini dell'applicazione dell'art. 337 ter del Codice Civile, nel caso di disaccordo tra i due genitori, la decisione è rimessa al Tribunale dei Minori.