

## CONSENSO INFORMATO DEI GENITORI PER PRESTAZIONI A MINORI

Io sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_

e io sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_

Padre e madre del/la minore \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In virtù della potestà genitoriale, diamo il consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali ivi compreso il prelievo venoso per esami ematochimici, necessari alla definizione del caso ed alla successiva effettuazione della terapia illustrata ed indicata dall'èquipe del servizio.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Firma padre leggibile \_\_\_\_\_

Firma madre leggibile \_\_\_\_\_

- Allegare fotocopie dei documenti di riconoscimento;
- Allegare eventuali decreti di affidamento esclusivo;