



FONDAZIONE STELLA MARIS

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

DIREZIONE SANITARIA

CONSENSO DEL GENITORE NON ACCOMPAGNANTE

Il/la sottoscritto/a _____

Residente a _____

in via _____ Tel _____

Padre

Madre

Tutore legale

del minore _____

essendo impossibilitato/a ad accompagnare mio/a figlio/a - il minore presso la vostra struttura,

acconsento all'effettuazione di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ricovero ordinario | <input type="checkbox"/> day hospital |
| <input type="checkbox"/> sedute ambulatoriali diagnostiche | <input type="checkbox"/> trattamento terapeutico ambulatoriale |

acconsento inoltre all'effettuazione di tutti gli esami biologici che eventualmente i sanitari della Fondazione Stella Maris riterranno necessari per la diagnosi e per le verifiche dello stato di salute del minore, in particolare **acconsento all'effettuazione di:**

- esami genetici** (studio del DNA per alcune specifiche malattie rare)
- esami di Risonanza Magnetica con narcosi** in caso di mancata collaborazione da parte del bambino.

delegando per l'accompagnamento del minore

il Padre Sig. _____

la Madre Sig.ra _____

(nel caso di tutela legale) altro _____

Si allega:

- fotocopia del documento di identità del delegante
- il tutore legale alleggi copia del provvedimento di tutela

In fede

Data _____

Firma _____

CONSAPEVOLE CHE IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE SARA' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART.76 D.P.R. 445 DEL 28.12.2000 E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA