

	<b>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</b>  <b>MODULO DI CONSENSO ISPEZIONI CORPORALI E RACCOLTA MATERIALI</b>	Rev.0.0  21/04/2021  Pagina 1 di 1
--	---	--

Unità Operativa: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome del Medico: \_\_\_\_\_

Nome dell'Infermiere/a o dell'Ostetrico/a: \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_

**In caso di minori indicare il secondo genitore:**

Io sottoscritto/a Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_

in qualità di :

paziente

tutore/amministratore di sostegno del sig/sig.ra \_\_\_\_\_

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

esercenti la potestà genitoriale del minore \_\_\_\_\_

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

**autorizzo ad eseguire, nell'ambito dell'assistenza ricevuta:**

ISPEZIONE CORPORALE	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
RACCOLTA MATERIALI BIOLOGICI	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
FOTOGRAFIE	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO

Dichiaro di essere stata/o informato dal dott. \_\_\_\_\_ della finalità del prelievo di eventuali tracce biologiche ritenute utili per indagini genetiche, dell'effettuazione dei rilievi fotografici e che i suddetti prelievi verranno conservati per almeno 6 mesi. Accetto, altresì, che tutti i reperti e le foto siano archiviati con cura, per opportuna documentazione a fini diagnostico-terapeutici e medico-legali, nel rispetto delle norme sulla privacy.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/primo genitore \_\_\_\_\_

Firma del secondo genitore \_\_\_\_\_

*NB in caso di assenza del secondo genitore è necessario compilare autodichiarazione relativa al motivo dell'assenza.*

**TIMBRO E FIRMA DEL SANITARIO** \_\_\_\_\_

ALLEGATO 1 – Percorso per la gestione intraospedaliera delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento "codice rosa"