

rev 0.1 27/01/2025

Il/la sottoscritto/a 1°genitore/tutore/rappresentante legale (cerchiare la voce appropriata)

nato/a _____ il _____

Il/la sottoscritto/a 2°genitore _____

nato/a _____ il _____

in qualità di esercente/i la potestà su

Cognome _____ Nome _____ età gestazionale _____

nato/a _____ il _____ alle ore: _____ peso gr _____

(scrivere a stampatello) Informato/a dal Dott. _____ matricola _____

DICHIARA

Di essere consapevole delle necessità che venga eseguito il **RISCONTRO diagnostico** ai sensi della Legge 2 febbraio 2006, n. 31: *Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto*

Dichiara inoltre di essere stato/a informato/a in modo comprensibile esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio per l'atto sopra indicato.

Preso atto della situazione illustrata, si conferma di aver compreso le informazioni ricevute e pertanto:

ACCONSENTO/NO

NON ACCONSENTO/NO

Con scelta attuale e spontanea, all'atto proposto

AFFERMO/AFFERMANO:

di aver ben compreso tutto ciò che è stato spiegato.

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal/dai sottoscritto/a/i e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/i avuti con il/i medico/i.

Data ___/___/___ ora _____ Firma e timbro del Medico _____

Presenza di interprete: no si (nome e cognome) _____

Firma del 1° genitore /tutore/
rappresentante legale/amministratore di sostegno _____

Firma del 2° genitore _____

Autorizzazione del Giudice Tutelare

Nel caso in cui o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione e' rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867
CONSENSO AL RISCONTRO DIAGNOSTICO DEL FETO/NATO MORTO
O DEL LATTANTE DECEDUTO
Legge 2 febbraio 2006, n. 31

rev 0.1 27/01/2025

Nel caso un genitore non sia presente autocertificare, ai sensi dell'art.317 del Codice Civile, che questi non può firmare il consenso in quanto assente per: lontananza impedimento

Firma del genitore presente: _____

NB è facoltà della famiglia di nominare un medico di loro fiducia che assista all'espletamento del riscontro diagnostico

Nominativo del medico di fiducia della famiglia _____

Data prevista espletamento del riscontro _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a 1°genitore _____

Il/la sottoscritto/a 2°genitore _____

DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO PRESTATO IN PRECEDENZA AL RISCONTRO DIAGNOSTICO

Data ___/___/___ **ora** ___ **Firma e timbro del Medico** _____

Presenza di interprete: no si (nome e cognome) _____

Firma del 1° genitore/tutore/rappresentante legale _____

Firma del 2° genitore _____

Allegare la copia del documento d'identità dei dichiaranti