

 <b>ASL</b> CITTA' DI TORINO	<b>CONSENSO DEL GENITORE NON ACCOMPAGNANTE/DELEGA</b>	Codifica: MD_08_DSA_Rev00 21 Agosto 2024
<b>DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE</b>		

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

genitore del minore \_\_\_\_\_

con DIAGNOSI (o sospetto diagnostico/quesito clinico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO (procedura terapeutica/diagnostica/riabilitativa, ecc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**essendo impossibilitato/a ad accompagnare mio/a figlio/a**

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO(consapevole dei rischi per la salute del minore)**

al trattamento sanitario proposto.

**DELEGO** (delega con firma autenticata) per l'accompagnamento del minore

Genitore Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Altro (nel caso di tutela legale) Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Si allega:

- fotocopia del documento di identità dell'esprimente il consenso/delega
- delega con firma autenticata
- il tutore legale allega copia del provvedimento di tutela

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*