

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;