



**Policlinico
di Monza**

Istituto di Ricovero e Cura ad Alta Specializzazione

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SCHEDA PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO IN PRESENZA DI TUTORE
(850.23.01..02)**

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARO

Di essere stato dichiarato tutore del minore

(nome e cognome del minore) _____

nato/a a _____ il _____

con sentenza del Tribunale di _____ n. _____

Di aver ricevuto tramite materiale informativo e/o colloquio con il medico operatore sanitario, un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente sullo stato di salute del/la minore, sul trattamento sanitario proposto, il tipo di procedura, le sue finalità, i benefici, le sue modalità di esecuzione, i rischi e le complicanze, le probabilità di successo, le eventuali alternative terapeutiche, i possibili problemi relativi al recupero o alla piena guarigione.

Di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il Consenso in qualsiasi momento prima del trattamento.

PRESTO IL CONSENSO

A che il/la minore sia sottoposto/a al trattamento di cui all'acquisita informativa.

Allego alla presente una **fotocopia fronte/retro del mio documento d'identità** in corso di validità.

Data e luogo _____

Firma del tutore

Timbro e firma del medico

I dati raccolti nel presente modulo di autocertificazione saranno trattati con le modalità previste dalla normativa in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs.196/03) ed utilizzati unicamente per le finalità connesse all'autocertificazione medesima.



Policlinico di Monza S.p.A.
20900 Monza via Amati, 111
tel +39 039 28101 fax +39 039 2810470
www.policlinicodimonza.it
Sede legale: 20125 Milano
Viale Lunigiana, 46

R.E.A. di Milano n. 1471810
Registro Imprese di Milano
Cod. Fisc./Partita IVA 11514130159
Capitale sociale: € 22.882.962,00
Attività di direzione
e coordinamento: Servisan S.p.A.

Istituto Clinico di Verano Brianza
20843 Verano Brianza, Via Petrarca, 51
tel. +39 03628241
fax. +39 0362824400
Direttore Sanitario: Dott. Alfredo Lamastra
Spec. In Igiene e Org. Servizi Ospedalieri



Policlinico di Monza
Gruppo Sanitario