



**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](http://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