

## MODULO ACCETTAZIONE MINORI

Mod. 09.90 Rev. 1 del 18-04-2011

- esame di laboratorio
- esame di radiodiagnostica / FKT \_\_\_\_\_
- visita specialistica \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con residenza nel

Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che **la potestà sul Minorenne compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),**

### DICHIARO

( art. 316 CC Esercizio della Potestà dei genitori )

1) di essere genitore del minore \_\_\_\_\_

2) che l'altro genitore (cognome e nome) \_\_\_\_\_

**non** sottoscrive la presente dichiarazione in quanto:

- da me informato della necessità del trattamento è **consenziente** alla prestazione in oggetto;
- che non è possibile contattarlo nei tempi necessari;
- che non è necessaria la sua sottoscrizione per disposizione del Giudice;
- altro (es.: morte, interdizione, ecc.) \_\_\_\_\_

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

**Il/La dichiarante** \_\_\_\_\_ **Roma,** \_\_\_\_\_

**In caso di referto, con ritiro successivo, si ricorda che questo potrà essere ritirato solo da un maggiorenne munito di delega del genitore firmatario della presente dichiarazione.**