



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI INDAGINE DIAGNOSTICA SU MINORE

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di genitore/tutore di _____
dichiara

- ▶ di aver preso visione di tutte le parti del modello informativo sulla procedura di indagine diagnostica

_____ e di avere discusso in maniera approfondita con il/la dr./dr.^{ssa} _____ il/la quale ha fornito risposte chiare, esaurienti e complete a tutte le domande formulate;

- ▶ di essere pertanto a conoscenza e consapevole dei possibili risultati e dei benefici ragionevolmente attesi, dei possibili rischi correlati all'esecuzione dell'indagine diagnostica e degli eventuali problemi di recupero, degli eventuali effetti collaterali conosciuti, delle alternative possibili, delle eventuali conseguenze in caso l'indagine non venga effettuata ed, infine, dei diritti e responsabilità in caso di rifiuto o interruzione dell'indagine;
- ▶ di essere consapevole che è libero/a di ritirare o modificare il proprio consenso in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni;
- ▶ di essere stato/a informato/a che tutti i dati personali raccolti verranno archiviati nel pieno rispetto delle normative vigenti sulla tutela della sicurezza dei dati personali.

Sulla base di quanto sopra, certa comunque che un eventuale rifiuto non comporta conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità, formula pertanto il proprio

(1) _____
(¹) scrivere: "consenso" o "diniego"

a sottoporre mio figlio/a all'indagine strumentale proposta.



Roma, li __ / __ / ____

Firma del Genitore o Tutore

Firma del medico che ha fornito l'informativa

Firma del medico che ha raccolto il consenso