

TITOLO	NOME PROCEDURA/MODULO	CODICE	REVISIONE	PAGIN A
AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA SECONDO GENITORE PER PRESTAZIONI SANITARIE SU MINORI		MRA- 70-08-04	A.00 del	1

Data emissione	Responsabile redazione	Responsabile convalida	Responsabile Approvazione
10/01/2024	Dott.ssa Maura Curello	DR. Neri Capaccioli	DIREZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

**consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per  
attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità**

#### DICHIARA

- di essere genitore del minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso alle prestazioni sanitarie per i figli minori di età (informativa e consenso);

- che il mio stato civile è il seguente:

- coniugato/a;
- vedovo/a;
- separato/a
- divorziato/a
- altro \_\_\_\_\_

- in situazione di

- affidamento congiunto
- genitore affidatario
- genitore non affidatario
- altro \_\_\_\_\_

- che il sottoscritto, in qualità di esercente la potestà genitoriale sul minore non può firmare il

TITOLO	NOME PROCEDURA/MODULO	CODICE	REVISIONE	PAGIN A
AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA SECONDO GENITORE PER PRESTAZIONI SANITARIE SU MINORI		MRA- 70-08-04	A.00 del	2

consenso perché assente per:

- lontananza
- impedimento

-Che, adeguatamente informato sulla tipologia di prestazione sanitaria da eseguire sul minore \_\_\_\_\_, acconsento all'esecuzione delle medesima.

Si allega valido documento identità genitore dichiarante.

San Francesco -Pelago (Fi), Li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_