

TITOLO	NOME PROCEDURA/MODULO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
DOCUMENTI RADIOLOGIA	CONSENSO INFORMATO ESAMI RADIOLOGICI MINORI	MRA- 70-08-02	A.00 del	1

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

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE CONSENSO PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO DEL GENITORE/TUTORE CHE ACCOMPAGNA IL MINORE**

**IN QUALITÀ DI**

**PADRE**, lo sottoscritto ..... nato il ...../...../.....  
a.....residente a ..... in via.....C.F.....  
.....

**MADRE**, lo sottoscritta ..... nata il ...../...../.....  
a.....residente a ..... in via.....C.F.....  
.....

**TUTORE**/lo sottoscritta/o ..... nata/o il ...../...../.....  
a.....residente a ..... in via.....C.F.....  
.....(munito di nomina)

**DEL MINORE**

NOME.....COGNOME.....  
nato/a il ...../...../..... a .....C.F.....

**DICHIARO**

- o di essere stato informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile dal Dott. .... in merito alla prestazione radiologica;
- o di aver letto e compreso quanto illustrato nell'informativa, che mi è stata consegnata, in cui sono riportati la tipologia della prestazione, i vantaggi attesi, gli eventuali effetti collaterali e/o i rischi possibili, le possibili alternative, le possibili conseguenze in caso la prestazione venisse rifiutata;
- o di aver potuto richiedere al medico chiarimenti e che tali chiarimenti mi sono stati forniti;

TITOLO	NOME PROCEDURA/MODULO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
DOCUMENTI RADIOLOGIA	CONSENSO INFORMATO ESAMI RADIOLOGICI MINORI	MRA- 70-08-02	A.00 del	2

- o di essere stato informato/a che in caso di inderogabili urgenze cliniche potranno rendersi necessari interventi addizionali o alternativi, già peraltro discussi nel corso del colloquio;
- o di essere stato informato/a di poter revocare la scelta effettuata in qualsiasi momento precedente la prestazione;

**PERTANTO**

**In virtù di quanto sopra,**

**ACCONSENTO** alla/e procedura/e sopra indicate

FIRMA DEL **PADRE** .....

FIRMA DELLA **MADRE** .....

FIRMA DEL **MINORE CONSAPEVOLE** .....  
(=>14 anni)

FIRMA DEL **TUTORE**.....

**NON ACCONSENTO** alla/e procedura/e sopra indicate

FIRMA DEL **PADRE** .....

FIRMA DELLA **MADRE** .....

FIRMA DEL **MINORE CONSAPEVOLE** .....  
(=>14 anni)

FIRMA DEL **TUTORE**.....

Consenso Medico Radiologo \_\_\_\_\_

**Dichiaro** inoltre di aver preso visione dell'informativa consegnatami sul trattamento dei dati personali e sensibili ex art. 13 Reg. UE 679/2016 (D. lgs. 101/2018- Decreto privacy). Tutte le informazioni raccolte contenenti dati personali e sensibili sono tutelate nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy e riservatezza (Reg UE 679/2016)

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore/ tutore \_\_\_\_\_

**N.B:** In caso di delega all'accompagnamento sarà necessario esibire, oltre alla delega, anche il presente consenso sottoscritto dai genitori , nonché i rispettivi documenti di identità del delegato e delegante.