



## PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI

➤ **Stabilimento Ospedaliero/Area Territoriale** \_\_\_\_\_ **UO** \_\_\_\_\_

➤ **Il Sottoscritto** : Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### In qualità di:

Diretto interessato

Rappresentante legale\* del/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(specificare se  tutore,  amministratore di sostegno,  curatore)

Delegato\*\* del/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## PARTE II – DATI SANITARI (a cura del medico)

Sintesi situazione clinica: \_\_\_\_\_

Atto sanitario proposto \_\_\_\_\_

**Informativa:** dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato ed in osservanza a quanto previsto dall'art. 1 del D.Lgs. 101 del 31/07/2020 e s.mi.

Data \_\_\_\_\_ **Timbro e Firma medico** \_\_\_\_\_

## PARTE III – ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO SPECIFICO

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

**Dichiaro:** che in data \_\_\_\_\_ ho ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto e che sono soddisfatto dell'informazione ricevuta attraverso il colloquio e la nota informativa da me sottoscritta. Escludo una gravidanza in atto ed il sospetto. Dichiaro, pertanto di

**ACCETTARE**       **NON ACCETTARE** in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

**Firma Paziente** \_\_\_\_\_

Oppure nel caso in cui il soggetto interessato abbia un

tutore\*     amministratore di sostegno\*     curatore\*     Delegato\*\*

**Firma** \_\_\_\_\_

**Oppure**

**accettare** di sottopormi alle indagini/trattamenti proposti dal medico/equipe, dei quali non intendo essere informato (cosiddetto ASSENSO DIMIDIATO)

**Firma Paziente** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ **Timbro e Firma medico** \_\_\_\_\_

Firma di altri operatori sanitari (se presenti): \_\_\_\_\_

Nel caso in cui la persona assistita sia impossibilitata a firmare

Nome e cognome, estremi documento e firma

Testimone 1 \_\_\_\_\_

Testimone 2 \_\_\_\_\_

\* Va allegata documentazione che indichi i poteri del tutore e dell'amministratore di sostegno e copia del documento di riconoscimento. \*\*Nel caso di delega compilare il MODULO SPECIFICO (MRSQA07/6)