AUTOCERTIFICAZIONE SE PRESENTE UN SOLO GENITORE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art.47 DPR 18.12.2000, n.445)

Io sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il ..... residente nel Comune di

…… via ..... n .....

C.I. n. …… rilasciata dal Comune di …….

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità;

comprese le finalità della prestazione sanitaria cui sarà sottoposto il minore/la minorenne

……

sotto la mia personale responsabilità,

D I C H I A R O[1]

(a)

□ di essere genitore del minore/della minorenne nato/a a.....……. il ...../...../.....
□ di essere tutore/rappresentante legale del minore/della minorenne
noto/a.....……. il ...../...../..... in riferimento a ……
……..
□ di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età, unite in allegato (norme del Codice Civile)
□ che il mio stato civile è il seguente:
- □ coniugato/a
- □ vedovo/a
- □ separato/a
- □ divorziato/a, in situazione di
  - □ affidamento congiunto
  - □ genitore affidatario
  - □ genitore non affidatario

(b)

□ che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore del minore/della minorenne **NON** può firmare il Consenso Informato alla prestazione sanitaria perché assente per:
□ lontananza □ impedimento

[1] Compilare la parte che interessa e sbarrare la restante

□ che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n.54 – Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art.1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

□ il sottoscritto esercita la potestà separatamente

□ che il padre/la madre del minore/della minorenne è al corrente e consenziente alla prestazione sanitaria
□ altro:
……
……
……

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e Data *……..……., ……*

In fede, Firma (per esteso e leggibile) ……..
(art.38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

N.B. Si prega di allegare alla presente fotocopia di un documento valido.

A cura del sanitario che raccoglie la dichiarazione

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dall'interessato/a in mia presenza.

……..., ……/……/…… *……..*
Data *Firma dell'operatore sanitario*