

	<b>ATTESTAZIONE di VOLONTA' per PRESTAZIONE SANITARIA per PAZIENTE MINORE (informativa allegata)</b>	Etichetta
		Nome: _____ _____ Data nascita _____

Io sottoscritto/a\* [REDACTED]: data 2/11/23 ora 12:30  
durante il colloquio con il Dott. (in stampatello) .....  
sono stato informato/a in merito alla proposta che mio figlio/a o minore di cui sono tutore, sia sottoposto a:

UTILIZZO DATI IN FORMA ANONIMA A SCOPO SCIENTIFICO

Mi sono state fornite spiegazioni, anche con il supporto dell'informativa scritta qui allegata, su tutti i seguenti aspetti:

- diagnosi o sospetto diagnostico
- possibili varianti nell'esecuzione
- scopo e benefici della prestazione proposta
- rischi prevedibili legati alla non esecuzione
- possibilità di alternative
- possibili problemi di recupero
- rischi prevedibili legati all'esecuzione e possibili complicanze

Avendo compreso quanto spiegato, ed avendo altresì compreso che la prestazione proposta NON rappresenta una sperimentazione<sup>§</sup>, decido liberamente e consapevolmente di:

- 1. Acconsentire**  (o **Non acconsentire** ) a che mio figlio/a, o minore di cui sono tutore, sia sottoposto alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'informativa specifica
- 2. Autorizzo**  (o **Non autorizzo** ) all'utilizzo – sia in forma cartacea che elettronica - a scopo didattico e/o scientifico (pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici, futuri protocolli di ricerca clinici retrospettivi), dei dati clinici e dell'eventuale documentazione iconografica che riguardi mio figlio/a, o minore di cui sono tutore, che, in ogni caso, dovranno essere gestiti e custoditi in formato anonimo e nel pieno rispetto di quanto le Leggi prevedono.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa scritta specifica per la prestazione in oggetto.  
Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.  
Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

**Firma del minore** (se possibile) ..... [REDACTED] .....

**Firma dei Genitori**  o **Tutore**  (1) ..... (2).....

**Nome e Cognome** (1) ..... (2).....

**Timbro e Firma del Medico** .....

Donor Advocate: *Firma* .....  
(quando richiesto, vedi IOG 301)

Consenso ottenuto con l'ausilio di:  Sistema aziendale Traduzioni  
 Interprete *Firma interprete* .....

Il sottoscritto Dott. .... dichiara che il/la paziente minore ..... è in attuale pericolo di vita, non è nelle condizioni psicofisiche di poter esprimere il proprio consenso e non è al momento reperibile altra persona che validamente possa prestarlo al posto suo.  
 Data.....ora..... Timbro e Firma del Medico .....