

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	Dichiarazione sostitutiva per consenso informato in caso di soggetto incapace, soggetto ad amministratore di sostegno o fiduciario	SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato
C005 Rev.3 data applicazione 14/02/2019 Pag. 1 a 2		

DATI IDENTIFICATIVI

1) Persona Incapace o soggetta ad amministratore di sostegno interessata all'informazione e consenso (cognome e nome) _____
nato/a a _____ il _____

2) Tutore/Amministratore (cognome e nome) _____
nato a _____ il _____

TRATTAMENTO PROPOSTO PER INCAPACE/SOGGETTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO o FIDUCIARIO

perché affetto da _____

è indicato un intervento chirurgico di _____

è indicato un trattamento di _____

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO PER INCAPACE/SOGGETTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO o FIDUCIARIO

SI DICHIARA

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente nel corso del colloquio intercorso con il Dott. _____ sull'intervento / trattamento proposto. Sono state spiegate le caratteristiche sull'intervento / trattamento, le sue finalità, i benefici nonché le eventuali complicazioni che il suddetto intervento / trattamento può presentare.

- di (barrare la scelta): **ACCETTARE** **NON ACCETTARE**

di sottoporsi all'intervento chirurgico di _____

di sottoporsi al trattamento di _____

Il Tutore/ l'Amministratore di sostegno/ il Fiduciario (firma) _____

Data _____

Timbro e firma del Medico

NB: il presente modulo deve essere allegato al modulo di Consenso informato dedicato al trattamento da effettuare, compilato in tutte le sue parti.

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	Dichiarazione sostitutiva per consenso informato in caso di soggetto incapace, soggetto ad amministratore di sostegno o fiduciario	SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato
C005 Rev.3 data applicazione 14/02/2019 Pag. 2 a 2		

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n° 445)
PARTE RISERVATA AL TUTORE**

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ con residenza nel

Comune di _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che **la potestà sulla persona incapace compete, di regola, al sottoscritto Tutore,**

D I C H I A R O

di essere il Tutore di (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Luogo e data _____ Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile) _____

(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

La presente autocertificazione è stata sottoscritta dall'interessato in presenza di: _____

(firma e timbro del medico)

PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ con residenza nel

Comune di _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che, ai sensi della Legge 6 del 9 gennaio 2004 **la responsabilità delle scelte per la persona soggetta ad amministrazione di sostegno compete di regola al sottoscritto Amministratore,**

D I C H I A R O

di essere l'Amministratore di Sostegno di (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____ nominato con provvedimento del Tribunale di _____

come da allegato in copia

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Luogo e data _____ Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile) _____

(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

La presente autocertificazione è stata sottoscritta dall'interessato in presenza di: _____

(firma e timbro del medico)

PARTE RISERVATA AL FIDUCIARIO

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ con residenza nel

Comune di _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false

D I C H I A R O

di essere il Fiduciario di (cognome e nome) _____ come da nomina che allego

nato a _____ il _____

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Luogo e data _____ Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile) _____

(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

La presente autocertificazione è stata sottoscritta dall'interessato in presenza di: _____

(firma e timbro del medico)