Allegato A)

**MODULO DI CONSENSO**

*Prestato in ambito di riscontro diagnostico,*

Ai sensi di quanto disposto dall’art. 4 comma 2 bis della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”* pubblicato nella G.U. Generale n. 64 del 17.03.2017.

Il/la Sottoscritto/a Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. identificativo del documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere***

***previste dall’art 76 del DPR 445/2000***

**DICHIARA**

* di essere familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare grado di parentela)
* o di avere titolo in quanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(se del caso allegare delega e documento di identità di delegato e delegante)

del *de cuius* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome, cognome) nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_deceduto il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acquisite tutte le informazioni necessarie sulle finalità e modalità di esecuzione ivi comprese quelle relative al trattamento di dati personali ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE n. 679/2016.

**AUTORIZZA**

ad eseguire il riscontro diagnostico nei confronti del *de cuius* sopra rappresentato

Ed a tal fine richiede:

* la presenza del proprio medico di fiducia nella persona del Dott./ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di rinunciare alla presenza del proprio medico di fiducia.

Data, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del familiare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del medico che ha acquisito il consenso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_