

COMUNE DI BURGOS

Provincia di Sassari
Servizio Amministrativo Finanziario

# CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI SANITARI D’URGENZA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore/tutore del minore:

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 CONSENTE

in caso di necessità, agli accompagnatori designati dal Comune di Burgos di richiedere assistenza sanitaria e sottoporre il minore a cure d’urgenza secondo le indicazioni mediche, ai sensi dell’art. 32 della Costituzione Italiana e del principio del superiore interesse del minore (art. 3 Convenzione ONU sui Diritti dell’Infanzia).

**IN ALTERNATIVA (IN CASO DI FIRMA DA PARTE DI UN SOLO GENITORE):**

il sottoscritto, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la già menzionata autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_