

MODULO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il/La sottoscritto/a

Nato/a il a

Residente aCAP.....

In Via/Piazzan.....

Carta identità n....., consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR n.445/2000)

DICHIARA

- Di essere

Padre

Tutore

Madre

Curatore

Genitore affidatario

Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale del/della

MINORE

.....

Nato/a il a

Residente aCAP.....

In Via/Piazzan.....

- Che i dati relativi all'altro genitore sono i seguenti:

Nome/Cognome **ALTRO GENITORE**

Nato/a il a

Residente aCAP.....

In Via/Piazzan.....

- Di essere a conoscenza delle disposizioni di legge che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età e dell'esercizio della potestà genitoriale (artt. 155 "provvedimenti riguardo ai figli" in caso di separazione personale dei coniugi, 316 "responsabilità genitoriale", 317 "impedimento di uno dei genitori" c.c.) e di avere piena consapevolezza.

- Che il mio stato civile è il seguente:

- o Coniugato/a
- o Libero/a
- o Vedovo/a
- o Separato/a

in situazione di: o affidamento congiunto,

- o genitore affidatario,
- o genitore non affidatario

o Divorziato/a

in situazione di:

- o affidamento congiunto,
- o genitore affidatario,
- o genitore non affidatario

o Che la prestazione medica che sto richiedendo nell'interesse del minore sopra identificato rientra tra le prestazioni di ORDINARIA AMMINISTRAZIONE e di aver ricevuto il consenso esplicito dell'altro coniuge.

o Che nell'ambito del procedimento di separazione/divorzio, il Giudice ha stabilito che per le questioni di ORDINARIA AMMINISTRAZIONE il/la sottoscritto/a eserciti la potestà separatamente, senza ottenere il preventivo consenso dell'altro coniuge

o Che la prestazione medica che sto richiedendo nell'interesse del minore sopra identificato rientra tra le prestazioni di STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE e che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per il motivo sotto indicato e quindi l'esercizio della potestà genitoriale è esercitata in modo esclusivo dall'altro genitore presente (art. 317 c.c.). Il motivo dell'assenza dell'altro genitore è:

- o Lontananza (es. trasferimento all'estero, viaggio di lavoro prolungato)
- o Impedimento (es. malattia)

o Altro.....

Letto, confermato e sottoscritto

....., lì

Il dichiarante

.....

Firma altro genitore (ove richiesta e se possibile)

.....

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto titolare della potestà genitoriale

Il/La sottoscritto/a

Nato/a il a

Residente aCAP.....

In Via/Piazzan.....

Carta identità n....., consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR n.445/2000), in qualità di

- Padre
- Madre
- Genitore affidatario
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale del/della

MINORE.....

Nato/a il a

Residente aCAP.....

In Via/Piazzan.....

DELEGA ED AUTORIZZA

Il /la sig./Sig.ra

Nato/a il a

Residente aCAP.....

In Via/Piazzan.....

Carta identità n.....

Ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria

.....

....., lì..... Firma.....

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido ed una fotocopia di un documento valido del delegante titolare della potestà genitoriale. Non possono essere delegate le prestazioni su minori per valutazioni psicologiche e neuro psichiatriche ed altre prestazioni su richiesta dello specialista ovvero quelle che richiedono un consenso specifico.

Firma del dipendente addetto e Timbro.