



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP
AGRIGENTO**

P.O.

CONSENSO INFORMATO DELEGATO
TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO OSPEDALE
SOGGETTI MINORI

Io sottoscritto/a
esercente la patria potestà del sig.
dichiaro liberamente ed in piena coscienza di:

- essere stato messo al corrente dal dottor.....
dell'Unità Operativa in merito alla natura e caratteristiche cliniche della malattia di cui è affetto il
minore.....
- essere stato informato sulle possibilità diagnostico-terapeutiche che offre la struttura sanitaria dov'è, in atto,
ricoverato;
- essere stato messo al corrente sia dei benefici sia dei possibili rischi correlati al trasferimento presso altro
Ospedale.

Affermo di essere stato informato e di aver compreso in maniera esaustiva in merito alla patologia
e/o patologie di cui è affetto il minore, ai trattamenti sanitari (diagnostico/terapeutico) per i quali
trova indicazione il suo trasferimento presso altro ospedale.

Autorizzo/non autorizzo*:

il trasferimento per la continuità assistenziale
.....

Data _____

Firma del Tutore _____

Firma del Medico _____

*Cancellare quanto non interessa.