CONSENSO DEI GENITORI O DEL GENITORE ESERCENTE L’ESCLUSIVA POTESTÀ GENITORIALE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di padre tutore del minore

e la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di madre tutrice del minore

esercenti la potestà genitoriale o la tutela legale

del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), via/p.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Esprimono/esprime, il proprio consenso:

• a che il proprio figlio partecipi al programma di prevenzione andrologica, con valutazione clinica ed ecografica, attivato nell’istituto dal centro di andrologia e medicina della riproduzione e della sessualità maschile e femminile, dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

Si allega copia fronte/retro dei propri documenti di identità, compreso quello del minore.

Firma

(Padre del minore /tutore legale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Madre del minore /tutrice legale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore per presa visione

(Per gli alunni maggiorenni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_