



Ordine

dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Roma e Provincia

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 97038500589

A cura della CdA dei Tnpee di Roma e Provincia

Consenso informato per i Tnpee

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E MODULO DI ACQUISIZIONE DEL
CONSENSO**

AI FINI DELLA SOLA VALUTAZIONE

SIG.RA: COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
SIG: COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
I NELLA QUALITA' DI	GENITORI ESERCENTI LA POTESTA'
NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA

Sottoscrivendo il presente modulo, dichiarando di aver ricevuto esaustiva informativa, e di aver sottoscritto separata informativa per il consenso al trattamento dei dati personali, accettiamo espressamente ed esprimiamo il nostro consenso a che il Dott./la Dott.ssa

sottoponga il minore _____ ad accurata

valutazione preventiva al fine di definire l'attuale profilo di funzionamento dello stesso e di elaborare l'eventuale programma di intervento riabilitativo ritenuto più indicato, su cui ci riserviamo di esprimere ulteriore esplicito consenso anche in ordine agli eventuali rischi.

Luogo, lì

Firma di entrambi i genitori