



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CONSENSO INFORMATO DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Rev. 00/RM Del 19/03/2019	Approvata da: Comitato Rischio Clinico	Verificato da: Direttore Sanitario Aziendale Dott. E.Cassarà	Autorizzato alla diffusione da: Commissario Straordinario Arch. Angelo Aliquò
Pag. 1 di 20		<i>Comitato Rischio Clinico</i>	

Il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la [Legge 22 dicembre 2017, n. 219](#), contenente “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”. Come richiamato all’articolo 1 la Legge 219 “tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all’autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”, nel rispetto dei [principi della Costituzione](#) (art. 2, 13 e 32) e della [Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea](#).

Lo stesso articolo afferma il diritto di ogni persona “di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi”.

Il consenso informato

Va promossa e valorizzata, secondo la Legge, la relazione di cura e fiducia tra il paziente e il medico che si basa sul consenso informato. Il testo disciplina le modalità in cui tale consenso informato può essere espresso:

“il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico”.

In ogni momento la persona può rivedere le sue decisioni. Il rifiuto (non inizio) o la rinuncia (interruzione) riguardano tutti gli accertamenti diagnostici e i trattamenti sanitari, tra i quali la Legge include l'idratazione e la nutrizione artificiali.

Il medico

- "Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico".
- "Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali".

- Nelle situazioni di emergenza o di urgenza "il medico e i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla".

La Legge sottolinea che "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura".

Terapia del dolore e sedazione palliativa profonda

La legge affronta anche il tema della terapia del dolore, del divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e della dignità nella fase finale della vita.

In base all'art. 2, "il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla [Legge 15 marzo 2010, n. 38](#)."

Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente".

Minori e incapaci

La persona minorenni o incapace "deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà".

In tali casi, il consenso informato è espresso o rifiutato:

- per il minore, "dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà" del minore stesso, "in relazione alla sua età al suo grado di maturità"
- per la persona interdetta, "dal tutore sentito l'interdetto, ove possibile".

La persona inabilitata, invece, può esprimere personalmente il proprio consenso e disposizioni particolari sono previste nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno.

Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Le DAT di una persona (indicate anche comunemente come "testamento biologico" o "biotestamento") rappresentano una delle novità della Legge. Per approfondire vai alla pagina [Disposizioni anticipate di trattamento - DAT](#).

Pianificazione condivisa delle cure

L'art. 5 tratta di un caso particolare di consenso informato in cui medico e paziente possono realizzare una pianificazione condivisa delle cure in caso di "patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta".

Norma transitoria

Ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della Legge n. 219/2017, si applicano le disposizioni della predetta legge.

Relazione annuale al Parlamento

Il Ministro della salute trasmette alle Camere, entro il 30 aprile di ogni anno, a decorrere dal 2019, una relazione sull'applicazione della Legge. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute.

A.1 Modulo di **Dichiarazione di consenso informato**

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e nome del paziente

Luogo e data di nascita

INFORMAZIONE:

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiara
di aver fornito al/alla paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- alla sua situazione clinica _____

- all'atto sanitario proposto: _____

Tramite colloquio personale e consegna di scheda informativa scritta

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io, sottoscritto/a _____, dichiaro:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sul mio stato di salute
- sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica propostami
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta
- sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche
- composizione e ruoli dell'equipe di cura (incluso il personale non strutturato)

di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento

di ACCETTARE / NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto e che nel corso della procedura, qualora sia necessario, sia apportata la seguente variazione: _____

Data ____/____/____

Firma

Timbro e firma del medico

Io sottoscritto/a _____

in data ____/____/____ **dichiaro di REVOCARE il consenso**

Firma

Timbro e firma del medico

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER IL MINORE

A.2 Modulo di **Dichiarazione di consenso informato per il minore**

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e nome del paziente

Luogo e data di nascita

Cognome e nome del madre

Cognome e nome del padre

INFORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiara di aver fornito ai genitori una completa ed esauriente informazione relativa:

-alla situazione clinica del minore: _____

-all'atto sanitario proposto: _____

- tramite colloquio personale e consegna di scheda informativa scritta

Data _____

Timbro e Firma del medico

Espressione e Acquisizione del Consenso Informato

Noi sottoscritti madre padre dichiariamo di non essere decaduti dalla potestà parentale e di non essere sottoposti, da parte dell'autorità giudiziaria, a procedimenti limitativi sul minore e:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
- sullo stato di salute del/la minore
- sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica proposta
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche

di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento

di **ACCETTARE / NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto e che nel corso della procedura, qualora sia necessario, sia apportata la seguente variazione: _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Timbro e firma del medico _____

Io sottoscritto/a _____

in data _____ **dichiaro di REVOCARE il consenso**

Firma del/i genitore/i

Timbro e firma del medico

A.3 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Informativa ai genitori per l'espressione del consenso alle prestazioni sanitarie per i figli minori di età.

Gentili Genitori,

secondo il codice civile la potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, CC) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla potestà.

Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 CC). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

CODICE CIVILE

• Art. 155 (Provvedimenti riguardo ai figli)

Anche in caso di separazione personale dei genitori il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole. La potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice.

Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la potestà separatamente. Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al proprio reddito; omissis.

- **Art. 316 (Esercizio della potestà dei genitori)**

Il figlio è soggetto alla potestà dei genitori sino all'età maggiore o alla emancipazione (2, 390). La potestà è esercitata di comune accordo da entrambi (155, 317, 327, 343) i genitori.

In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei.

Se sussiste un incombente pericolo di grave pregiudizio per il figlio, il padre può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili (322).

Il giudice, sentiti i genitori ed il figlio, se maggiore degli anni quattordici, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il

potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio.

- **Art. 317 (Impedimento di uno dei genitori)**

Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro.

La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi. L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155.

A.3 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 18/12/2000, n.445)

Io
sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, con residenza nel
Comune di _____
via/piazza _____
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000
per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

-di essere genitore del minore

_____ nato a _____ Prov (____) il _____

-di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli
minorenni di età, unite in allegato.

- di essere:

coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a convivente in stato libero

e in situazione di:

affidamento congiunto genitore affidatario genitore non affidatario

-che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare
il consenso perché assente per:

lontananza

impedimento

-che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di
separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al codice civile),
limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:
che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

altro:

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Il/la dichiarante (firma per esteso eleggibile)

(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato:
in presenza del dipendente addetto

Timbro e Firma del dipendente addetto

presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.LGS. 30/06/2003, n. 196)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall' Azienda Sanitaria titolare del trattamento

MODULO DI CI IN PRESENZA DI TUTORE

A.4 Modulo di **Dichiarazione di Consenso Informato in presenza di Tutore**

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e nome del paziente

Luogo e data di nascita

Cognome e nome del tutore

Sentenza di nomina n.

INFORMAZIONE:

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiara di aver fornito sia al paziente, sia al tutore un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- alla situazione clinica del paziente: _____

- all'atto sanitario ritenuto opportuno: _____

Tramite colloquio personale e consegna di scheda informativa scritta

Data _____

Timbro e Firma del medico

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____, in qualità di **tutore** della paziente,
dichiaro:

che al sottoscritto ed al paziente è stata fornita un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sul suo stato di salute
- sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica a noi proposta
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta
- sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche

di **RATIFICARE / NON RATIFICARE** la scelta dell'atto sanitario proposto dai sanitari e, qualora si
renda necessario nel corso della procedura, il ricorso alla seguente variazione:

Data _____
_____ *Firma del padre* _____ *Firma del medico*

Io sottoscritto/a _____, in qualità di tutore del paziente,
in data _____ **dichiaro di ritirare la RATIFICA dell'atto medico proposto** e di
ritenere opportuna la consultazione del giudice tutelare.

Firma del tutore

Timbro e firma del medico

MODULO DI CI IN PRESENZA DI AdS

A.5 Modulo di **Dichiarazione di consenso informato in presenza di Amministratore di Sostegno**

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e nome del paziente

Luogo e data di nascita

Cognome e nome dell'amministratore di sostegno

Decreto di nomina n.

INFORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiara di aver fornito al paziente ed al/alla suo/a amministratore di sostegno una adeguata e completa informazione relativamente:

- alla situazione clinica del paziente: _____
- all'atto sanitario proposto: _____

Tramite colloquio personale e consegna di scheda informativa scritta

Data _____

Timbro e Firma del medico

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io, sottoscritto/a _____, unitamente all' **amministratore**

di sostegno, dichiaro:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sul mio stato di salute
- sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica propostami
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta
- sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche

di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento

di **ACCETTARE / NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto

sanitario proposto e che nel corso della procedura, qualora sia necessario, sia apportata la seguente variazione:

Data _____

Firma del paziente

Firma dell'amministratore

Timbro e firma del medico

Io sottoscritto/a _____, unitamente
all'amministratore di sostegno, in data _____ **dichiaro di REVOCARE il consenso**

Firma del paziente

Firma dell'amministratore

Timbro e firma del medico

A.6 INFORMAZIONI PER IL CI ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

L' HIV (Human Immunodeficiency Virus) è il virus che causa l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita, se non curata. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. Tutti possiamo contrarre l'HIV. L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone con HIV, tramite sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone con HIV), oppure da madre con HIV a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento.

Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza. Esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al figlio. È necessario, quindi, che la coppia che pensa di avere un figlio si sottoponga al test HIV prima della gravidanza o al suo inizio per tutelare la propria salute e quella del bambino.

Il test HIV. L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. I tempi per l'esecuzione del test e per il ritiro dei risultati sono variabili per ragioni di tipo tecnico e indipendentemente dall'esito dell'analisi. Gli operatori sanitari della struttura dove viene effettuato il test HIV sono a disposizione per fornire spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.

Il risultato del test HIV. Se il risultato del test HIV è:

NEGATIVO/NON REATTIVO significa che non ci si è infettati. Si può imparare a proteggersi dall'infezione chiedendo informazioni al proprio medico o telefonando al Servizio (anonimo e gratuito) "Telefono Verde AIDS" dell'Istituto Superiore di Sanità - 800-861061, dal lunedì al venerdì, dalle ore 13,00 alle ore 18,00.

POSITIVO/REATTIVO, occorre rivolgersi quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.

Privacy e gratuità. Il test HIV è gratuito e si può chiedere di eseguirlo in anonimato, in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno. La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 5 giugno 1990). La legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

Ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a il ____/____/____

in proprio

nella qualità di _____ (si allega la relativa documentazione):

DICHIARO

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso:

l'informativa fornita il colloquio con un operatore sanitario e liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi di agnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data ____/____/____

Firma leggibile _____

Firma leggibile dell'operatore sanitario _____

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO

L'operatore sanitario _____ (cognome e nome dell'operatore sanitario), dichiara che l'utente ha deciso di non fornire i propri dati per la compilazione del consenso informato e che è stata fornita allo stesso l'informativa su estesa. L'utente sarà identificato con il codice

Data ____/____/____

Firma leggibile dell'operatore sanitario _____



A.7 RIFERIMENTI NORMATIVI: disposizioni legislative e giurisprudenza

- Circolare Ministero Sanità 26 giugno 1984, n. 84
- Decreto Ministeriale 28 novembre 1986, n. 288
- Circolare Ministero della Sanità 13 febbraio 1987, n. 5
- Circolare Ministero della Sanità 13 febbraio 1988, n. 14
- Legge 5 giugno 1990, n.135
- D.M. 28 luglio 2008, n. 175
- Consiglio d'Europa - Decisione 2002/253/EC del 18 aprile 2008
- Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test HIV per l'Italia
- Ministero della Salute (G.U. n. 191 del 18 agosto 2011)
- Circolare Ministero della sanità 10 maggio 2013 "Tutela della salute nei luoghi di lavoro: sorveglianza sanitaria. Accertamenti presuntivi e periodici sieropositività HIV. Condizione esclusiva divieto effettuazione"
- Rapporto ISTSAN 2012 - Raccolta leggi su HIV, AIDS e IST

APPENDICE

FAC SIMILE MODULO DI C.I. SCRITTO

FACSIMILE MODULO DI C.I. PER IL MINORE

FAC SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ' E RELATIVA INFORMATIVA

FAC SIMILE MODULO DI C.I. IN PRESENZA DI TUTORE

FAC SIMILE DI C.I. IN PRESENZA DI AdS

FAC SIMILE INFORMAZIONI PER IL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

RIFERIMENTI NORMATIVI: disposizioni legislative e giurisprudenza