

Allegato A

**MODULO DI CONSENSO**  
*Prestato in ambito di riscontro diagnostico,*

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 4 comma 2 bis della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" pubblicato nella G.U. Generale n. 64 del 17.03.2017.

Il/la Sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ N. identificativo del documento \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere  
previste dall'art 76 del DPR 445/2000**

**DICHIARA**

- di essere familiare \_\_\_\_\_ (specificare grado di parentela)
- o di avere titolo in quanto \_\_\_\_\_ (se del caso allegare delega e documento di identità di delegato e delegante)

del *de cuius* \_\_\_\_\_ (nome, cognome) nato

il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

Acquisite tutte le informazioni necessarie sulle finalità e modalità di esecuzione ivi comprese quelle relative al trattamento di dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 679/2016.

**AUTORIZZA**

ad eseguire il riscontro diagnostico nei confronti del *de cuius* sopra rappresentato

Ed a tal fine richiede:

- la presenza del proprio medico di fiducia nella persona del  
Dott./ssa \_\_\_\_\_
- di rinunciare alla presenza del proprio medico di fiducia.

Data, li \_\_\_\_\_

Firma del familiare \_\_\_\_\_

Firma del medico che ha acquisito il consenso

\_\_\_\_\_