

**MODULO PER LA REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO**
**IN CASO DI SOGGETTO GIURIDICAMENTE CAPACE**

DATI IDENTIFICATIVI

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
 Nata/o \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via/Piazza/Largo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Identificata/o tramite \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**IN CASO DI SOGGETTO GIURIDICAMENTE INCAPACE**

DATI IDENTIFICATIVI DEL RAPPRESENTANTE/I LEGALE/I

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
 Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via/Piazza/Largo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Identificata/o tramite \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI

- Tutore legale (n. decreto: \_\_\_\_\_)  
 Curatore speciale (n. decreto: \_\_\_\_\_)  
 Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: \_\_\_\_\_)  
 Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: \_\_\_\_\_)

IN RAPPRESENTANZA DI:

Nome e Cognome della/del paziente \_\_\_\_\_  
 Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Identificata/o tramite \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Impossibilitato a rispondere:

- NO  SI (Specificare il motivo): \_\_\_\_\_

**IN CASO DI SOGGETTO MINORE DI ETÀ**

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE/AFFIDATARIO/TUTORE LEGALE/CURATORE SPECIALE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
 Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via/Piazza/Largo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Identificata/o tramite \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
 Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via/Piazza/Largo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Identificata/o tramite \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI

- Esercente la potestà genitoriale  Affidatario  
 Tutore legale (n. decreto: \_\_\_\_\_)  Curatore speciale (n. decreto: \_\_\_\_\_)

In rappresentanza di:

Nome e Cognome della/del paziente \_\_\_\_\_  
 Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Identificata/o tramite \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Impossibilitato a rispondere:

- NO  SI (Specificare il motivo): \_\_\_\_\_

Informata/o/i di tutti i rischi che la decisione ed il rifiuto alle cure comporta

Informata/o/i altresì della possibilità, in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al Giudice tutelare per la decisione

In relazione al Consenso informato all'ATTO MEDICO \_\_\_\_\_

sottoscritto in data \_\_\_\_\_

**SI DICHIARA, LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE ED IN PIENA COSCIENZA, DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO PRECEDENTEMENTE PRESTATO.**

Firma della persona assistita \_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante legale \_\_\_\_\_

(Affidatario/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno)

Firma dell'esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

(genitore)

(genitore)

Firma di altri presenti (presa visione) \_\_\_\_\_

(Familiari, Testimoni)

Firma e timbro del medico \_\_\_\_\_

Firma degli operatori sanitari eventualmente presenti \_\_\_\_\_

Data e Ora di acquisizione della Revoca \_\_\_\_\_

**NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE**

**DATI IDENTIFICATIVI TESTIMONI**

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

Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via/Piazza/Largo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Identificata/o tramite \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Firma (Testimone 1) \_\_\_\_\_

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

Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via/Piazza/Largo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Identificata/o tramite \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Firma (Testimone 2) \_\_\_\_\_

Data e Ora di acquisizione della revoca \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)**

**DATI IDENTIFICATIVI**

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dall'avente diritto/suo rappresentante legale e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

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

Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via/Piazza/Largo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Identificata/o tramite \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data e Ora di acquisizione della revoca \_\_\_\_\_