

Data \_\_\_\_\_

Al Responsabile  
Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20  
Via Germania, 20  
37136 Verona

**Oggetto: richiesta di accertamento diagnostico per persona minorenn**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a (città, Stato) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutore legale

di \_\_\_\_\_

nato a (città, Stato) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Chiede una valutazione diagnostica specialistica, anche mediante l'effettuazione di esami di laboratorio e strumentali, per il proprio figlio e pertanto fornisce il proprio consenso informato. Dichiaro altresì di essere stato preventivamente informato dal Dott. \_\_\_\_\_ in modo chiaro, esplicito ed esauriente circa le modalità di esecuzione dell'accertamento diagnostico e la consegna dei risultati, che avverrà personalmente ed in modo riservato, nel rispetto del segreto professionale. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza del fatto che la normativa prevede il dovere, come genitore, di promuovere e tutelare la salute del proprio figlio minorenne anche verso l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso di alcol o psicofarmaci.

Firma del padre/madre

Firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dell'eventuale tutore legale

\_\_\_\_\_

**Consenso del minore**

Il sottoscritto dichiara il proprio assenso a sottoporsi ad una valutazione diagnostica specialistica e pertanto fornisce il proprio consenso informato liberamente formato.

Firma del minore

\_\_\_\_\_