



**CONSENSO INFORMATO PER GENITORI**

**Screening Neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale in Toscana**

Con la presente dichiarazione, da valere come dichiarazione sostitutiva (artt. 46 e 47 del DPR 18.12.2000, n. 445), consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni per attestazioni e false dichiarazioni previste dall'art. 76 del DPR 445 del 2000 e dall'ordinamento penale italiano

La sottoscritta (madre/tutore) \_\_\_\_\_ nata il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

e

Il sottoscritto (padre/tutore) \_\_\_\_\_ nato il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

del neonato \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ovvero

ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, la/il sottoscritta/o esercita per la presente procedura la responsabilità genitoriale in modo esclusivo in quanto l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per impedimento, lontananza, incapacità (specificare).....

**DICHIARA/DICHIARANO**

- 1. di essere stato/i adeguatamente informato/i in merito al programma regionale di screening neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA) e di aver letto e compreso le informazioni specifiche riguardanti tale patologia contenute nell'informativa "Screening neonatale – Guida per i genitori" che mi/ci è stata consegnata;



Timbro Aziendale

- 2. di aver avuto l'opportunità di porre domande al personale medico sugli aspetti genetici della malattia e sulla tipologia, finalità e modalità di svolgimento del test genetico di screening e di aver ricevuto risposte soddisfacenti;

**Pertanto DICHIARA/DICHIARANO**

di dare il consenso all'esecuzione del test di screening genetico neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale secondo le modalità del programma regionale.

SI

NO

**Nome e Cognome della madre/tutore legale** .....

Data ..... Firma.....

**Nome e Cognome del padre/tutore legale**.....

Data .....Firma.....

**Il medico che ha fornito le informazioni e raccoglie la dichiarazione**

Nome e Cognome.....

Struttura organizzativa di ..... Ospedale di.....

Data ..... Ora .....

Firma .....

**Il mediatore culturale (se intervenuto)**

Nome e Cognome (in stampatello).....

Data .....Firma.....