



**MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO IN  
CASO DI MINORI O DI SOGGETTI INCAPACI DI ESPRIMERE IL CONSENSO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
in qualità di  **Genitore**     **Rappresentante Legale**     **Amministratore di Sostegno**  
di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI ESSERE INFORMATO**

- sulle possibili conseguenze derivanti alla persona che rappresento dalla mancata esecuzione del trattamento fisioterapico suddetto;
- sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
- sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il trattamento;
- sull'impossibilità a procedere nel trattamento fisioterapico in favore della persona che rappresento in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

**DICHIARO INOLTRE DI:**

- aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento fisioterapico proposto alla persona che rappresento;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento fisioterapico proposto alla persona che rappresento e sulla qualità della vita di quest'ultimo in caso di rifiuto;
- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il trattamento fisioterapico proposto corrisponde al miglior interesse della persona che rappresento;
- essere stato/a informato/a che tutti i dati personali e di salute relativi alla persona che rappresento saranno trattati ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", come successivamente integrato e modificato;
- essere stato/a informato/a che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi al Dott. THOMAS FAVARON

**PERTANTO ACCONSENTO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO**

Luogo, data

Firma \_\_\_\_\_