



**RICHIESTA DEL MEDICO CURANTE DI
ACCERTAMENTI/PROCEDURE
A PAZIENTE INABILE ALLA FIRMA IN ASSENZA DI
TUTORE NOMINATO**

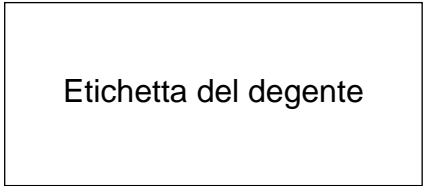
**PRO 24
Mod.02
Rev. 0/2017**

Pag. 1 di pagg. 1

Paziente/utente:

Nome e cognome:

Luogo di nascitanato/a il



Io sottoscritto Dott. _____, in qualità di medico curante, attestata la mancanza di tutore legale dichiaro l'attuale inabilità del paziente ad esprimere il proprio consenso all'esecuzione dell'accertamento/procedura.

Dichiaro altresì la sussistenza di uno stato clinico del paziente, tale per cui la prestazione richiesta _____ non può attendere la nomina di un rappresentante legale poiché il procrastinarla può determinare un ritardo nella formulazione di una corretta diagnosi e/o potenziale danno al paziente col probabile rischio, di un aggravamento delle condizioni cliniche del paziente.

Data _____

Firma e timbro del medico richiedente _____