

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà per i genitori che esercitano la responsabilità nel caso che il destinatario del **percorso clinico assistenziale sia il minore di età**
(art.47 DPR 18.12.2000 n.445)

Io sottoscritto/a.....nato/a a.....
(.....) il..... con residenza a.....in
via.....n....., consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali
previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale
responsabilità,

DICHIARO

- 1) di essere genitore del minore.....,
nato a.....(.....) il..... con residenza
a..... in via.....n.....;
- 2) di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minori
di età;
- 3) che il mio stato civile è il seguente :coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a stato libero
in situazione di:affidamento condiviso affidamento esclusivo
- 4) che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore **non** può firmare il consenso
perché assente per: lontananza incapacità altro impedimento
- 5) che ai fini dell'applicazione delle disposizioni in materia di *“Esercizio della responsabilità genitoriale a
seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio
ovvero all'esito di procedimenti relativi ai figli nati fuori del matrimonio”* di cui al capo II Titolo IX del
Codice Civile, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha
stabilito che: il/la sottoscritto/a esercita la responsabilità genitoriale separatamente.

Luogo e Data.....

Il/La dichiarante (firma per esteso leggibile)

Si allega copia fotostatica del documento di identità del dichiarante oppure Identificazione tramite
documento del padre/madre del minore / tutore:

Sig. nato a.....il ___/___/___
(.....)

Identificato mediante documento n.....

rilasciato da il.....

Firma genitore (leggibile) _____

Firma dell'Addetto _____