



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP  
AGRIGENTO**

**P.O. ....**

**CONSENSO INFORMATO**  
**TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO OSPEDALE**  
**DI SOGGETTI RICONOSCIUTI DAL GIUDICE TUTELARE**  
**INCAPACI DI INTENDERE E VOLERE**

Io sottoscritto/a .....  
esercente la patria potestà del sig. ....  
riconosciuto dal giudice tutelare, dott....., incapace di intendere e di volere,

**dichiaro di:**

- essere stato messo al corrente dal dottor.....  
dell'Unità Operativa in merito alla natura e caratteristiche cliniche della malattia di cui è affetto il  
sig.....
- essere stato informato sulle possibilità diagnostico-terapeutiche che offre la struttura sanitaria dov'è, in atto,  
ricoverato;
- essere stato messo al corrente sia dei benefici sia dei possibili rischi correlati al trasferimento presso altro  
Ospedale.

**Affermo** di essere stato informato e di aver compreso in maniera esaustiva in merito alla patologia  
e/o patologie di cui è affetto il paziente, ai trattamenti sanitari (diagnostico/terapeutico) per i quali  
trova indicazione il suo trasferimento presso altro ospedale.

**Autorizzo/non autorizzo\*:**

il trasferimento per la continuità assistenziale .....  
.....

Data \_\_\_\_\_

Firma del Tutore \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

\*Cancellare quanto non interessa.