



Studio Radiologia

**Maurizio
Picciau**

AUTORIZZAZIONE ESAME SU MINORE

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Genitore/Tutore legale del minore _____

Pur essendo a conoscenza degli eventuali rischi inerenti all'esposizione di radiazioni ionizzanti, si assume la responsabilità di sottoporre all'esame radiografico il minore.

Per i pazienti di sesso femminile in età fertile si dichiara altresì che il minore oggetto dell'esame NON si trova in stato di gravidanza certa o presunta.

Oristano li ____/____/____ Firma _____



Studio Radiologia

**Maurizio
Picciau**

AUTORIZZAZIONE ESAME SU MINORE

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Genitore/Tutore legale del minore _____

Pur essendo a conoscenza degli eventuali rischi inerenti all'esposizione di radiazioni ionizzanti, si assume la responsabilità di sottoporre all'esame radiografico il minore.

Per i pazienti di sesso femminile in età fertile si dichiara altresì che il minore oggetto dell'esame NON si trova in stato di gravidanza certa o presunta.

Oristano li ____/____/____ Firma _____