



DICHIARAZIONE DI ASSENSO ALL'INTERVENTO DI
CIRCONCISIONE DA PARTE DEL GENITORE DI MINORE

U.O. UROLOGIA
RESPONSABILE DR. GIUSEPPE TUCCITTO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (____),

residente/domiciliato a _____ (____)

in Via/Piazza _____

genitore di:

Nome Cognome minore _____

nato il _____ a _____

acconsente che il figlio minore venga sottoposto ad intervento di circoncisione.

In allegato: fotocopia fronte/retro di un documento di identità

DATA: _____

FIRMA del genitore _____