

**Dichiarazione di consenso informato per l'accesso a tecniche di PMA di 2° livello
(ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n° 40)**

Noi sottoscritti

_____ nata a _____ il _____

e _____ nato a _____ il _____

dichiariamo di aver ricevuto dal Medico dott./dott.ssa _____ le informazioni sulle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) e accettiamo di essere sottoposti ad un ciclo di **FIVET / ICSI (Fecondazione In Vitro E Transfer/ Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo)**.

L'iter diagnostico-terapeutico al quale siamo stati sottoposti ha portato alla conclusione che il ricorso alla fecondazione "in vitro" mediante le tecniche FIVET o ICSI e successivo trasferimento in utero degli embrioni formati, sia attualmente l'intervento più idoneo.

Ci è stato fatto presente inoltre che, in alternativa alla PMA, è possibile prendere in considerazione la pratica dell'adozione o dell'affidamento **ai sensi della legge 4 maggio 1983, n° 184, e successive modificazioni**.

Presso il Centro PMA del Policlinico Città di Udine le procedure di fecondazione in vitro verranno condotte nel rispetto della dignità umana dell'embrione, e quindi il programma di fecondazione assistita verrà impostato considerando come centro di attenzione ogni singolo embrione eventualmente formato.

Siamo stati informati del fatto che l'équipe sarà disponibile durante il trattamento a rispondere alle nostre eventuali successive domande ed a prendere in considerazione i nostri problemi in ogni momento.

1. Conseguenze giuridiche della procreazione medicalmente assistita per la donna, per l'uomo e per il nascituro di cui agli articoli 8, 9, 12, comma 3, della legge n° 40/2004 di seguito descritti:

Articolo 8. (Stato giuridico del nato)

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6.

Articolo 9. (Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre)

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.

2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396.

3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

Articolo 12. (Divieti generali e sanzioni)

3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

2. Possibilità di revoca del consenso da parte di ciascuno dei soggetti della coppia richiedente, fino al momento della fecondazione dell'ovulo di cui all'art. 6, comma 3 della legge n° 40/2004 di seguito descritto:

La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo.

3. Possibile decisione del medico responsabile della struttura di non procedere alla procreazione medicalmente assistita di cui all'art. 6, comma 4 della legge n° 40/2004 di seguito descritto:

Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario fornendo alla coppia motivazione scritta di tale decisione.

4. Illustrazione della tecnica specifica proposta, in ogni fase della sua applicazione

La prima fase prevede la stimolazione farmacologica della funzione ovarica in modo da ottenere una crescita multipla di follicoli al fine di aumentare le probabilità di recupero di ovociti competenti.

Durante la fase di stimolazione, la crescita follicolare viene attentamente monitorata tramite esami ecografici e dosaggi dell'estradiolo, così da identificare il momento appropriato per il recupero ovocitario. Quando un numero sufficiente di follicoli raggiunge lo stadio adeguato di crescita, viene indotta la fase finale di maturazione follicolare con farmaci induttori dell'ovulazione.

Circa 36 ore più tardi si provvederà all'aspirazione per via transvaginale dei follicoli tramite un ago idoneo inserito sotto controllo ecografico. Il prelievo viene eseguito in anestesia endovenosa. L'inseminazione viene effettuata ponendo a contatto ovociti e spermatozoi per un periodo di circa 16-18 ore oppure microiniettando lo spermatozoo nell'ovulo. Questo dipende dalla qualità del liquido seminale e da altri fattori valutati con il laboratorio. Si esegue il controllo della fecondazione circa 16-18 ore dopo l'inseminazione e gli ovociti vengono mantenuti in coltura da 2 a 5 giorni decidendo in accordo con la paziente il momento migliore per trasferire gli embrioni nell'utero. Nella grande maggioranza dei casi il trasferimento risulta veloce ed indolore. Trascorse circa due settimane dal trasferimento, l'esito del trattamento viene accertato tramite il dosaggio del β HCG, un ormone prodotto dall'embrione che si è impiantato.

5. Possibili problemi di ordine bioetico

Con la FIVET e con la ICSI viene eseguita una fecondazione extracorporea per cui viene creato in laboratorio un organismo, che non è dotato di vita autonoma, ma che trasferito nell'utero materno, può dare origine ad un bambino. La tecnica ICSI è una tecnica che prevede l'iniezione dello spermatozoo nell'ovulo, per cui si realizza un processo che non avviene in natura, in quanto lo spermatozoo in caso di rapporti sessuali o di fecondazione in laboratorio con tecnica FIVET, penetra spontaneamente nell'ovulo.

In alcuni casi si rende necessario il congelamento e la conservazione dell'/degli embrione/i, il che equivale alla sospensione, per un tempo non determinabile a priori, di un organismo che, trasferito nell'utero materno, può dare origine ad un bambino. La normativa prevede comunque il trasferimento in utero appena possibile.

6. Possibili effetti collaterali

L'utilizzo ripetuto dei farmaci quali le gonadotropine può determinare recrudescenza di malattia in donne affette da endometriosi pelvica; non esistono a tutt'oggi in letteratura evidenze che tali farmaci possano aumentare l'incidenza di tumori dell'ovaio e della mammella (Li LL et al, Int J Gynecol cancer 2013, Gennari A. et al, Breast Cancer Res Treat 2015, Tomao F. et al, Journal of Ovarian Research 2014).

In soggetti affetti da patologie preesistenti la gravidanza quali diabete, ipertensione ecc. l'instaurarsi della stessa può aggravare lo stato di salute della donna, esattamente come nei concepimenti spontanei.

Le donne che hanno avuto episodi di Trombosi Venosa Profonda o affette da trombofilia presentano un rischio aumentato di poter manifestare un episodio di tromboembolia durante la terapia di stimolazione della crescita follicolare multipla e durante la gravidanza. Diversi lavori in letteratura mettono in evidenza che le gravidanze ottenute con tecniche di fecondazione assistita hanno un outcome ostetrico peggiore rispetto ai concepimenti naturali in

termini di basso peso alla nascita, prematurità e mortalità perinatale (Ombelet W et al Fact Views Vis Obgyn 2016, Qin JN et al Arch Gynecol Obstet 2017).

7. Possibili effetti psicologici conseguenti all'applicazione della tecnica

L'infertilità può indurre nei soggetti coinvolti ansia, stress psicofisico, psicosociale, difficoltà relazionali all'interno della coppia, disadattamento coniugale e con le famiglie di origine. La consultazione psicologica può essere utile per far emergere questa sofferenza in modo da elaborarla e contenerla, supportando la coppia a meglio valutare l'opportunità di intraprendere e/o proseguire il percorso terapeutico, e ad "elaborare il lutto" legato agli insuccessi, riducendo i rischi dell'accanimento terapeutico.

Per ciò che concerne lo sviluppo psicologico del neonato numerosi lavori pubblicati concordano sul fatto che lo sviluppo cognitivo e neuropsicologico dei bambini nati da PMA sia sovrapponibile a quello riscontrato nella popolazione (Berry KZ et al. Am J Obstet Gynecol 2013; Hart R. et al Hum Reprod Update 2013; Xing LF et al J Zhejiang Univ Sci B 2014, Klausen T et Al Eur Child Adolesc Psychiatry 2017).

8. Probabilità di successo della tecnica

Come per ogni atto medico, non è possibile garantire l'esito positivo del trattamento. Le percentuali di successo dei differenti trattamenti possono variare notevolmente da ciclo a ciclo e sono legate alla patologia della coppia, agli anni di sterilità ed all'età della donna che, se superiore ai 38 anni, condiziona negativamente i risultati delle tecniche di procreazione assistita.

In letteratura la percentuale media di gravidanze ottenute mediante tecniche di fecondazione in vitro in tutte le età varia dal 20% al 33%.

Nell'ultimo semestre oggetto di analisi (ottobre 2016-marzo 2017), la percentuale media di gravidanze ottenute dal Centro PMA del Policlinico Città di Udine mediante FIVET/ICSI risulta essere del 40%.

Siamo stati informati che è possibile il mancato recupero oocitario o di ovociti competenti anche in caso di stimolazione apparentemente nella norma.

Accettiamo l'eventualità che il ciclo di trattamento possa essere sospeso a giudizio documentato del Responsabile del Centro.

Conveniamo che l'esito dell'eventuale positivo concepimento rimane estraneo dalla Vostra sfera di competenze e responsabilità, sicché resterà nella nostra libera e personale determinazione ogni scelta di ricorrere alla diagnosi prenatale, per escludere eventuali malformazioni fetali, anomalie cromosomiche ed in genere malattie genetiche del nascituro, ovvero la scelta di accettare la possibilità di queste evenienze.

9. Possibili rischi specifici per la donna, derivanti dalla tecnica di PMA

Le complicanze derivanti dal prelievo ecoguidato di ovociti sono percentualmente molto basse e comprendono infezioni pelviche (0,02%) e sanguinamento addominale (0,28-0,4%), torsione ovarica e rottura di corpo luteo, che possono rendere necessario ricovero ospedaliero ed intervento in urgenza. (Bodri D. et al. Reprod Biomed 2008 Aug - Rel. Ministero della Salute sulla PMA 2014). Per quanto non esistano casi riportati in letteratura, non è esclusa la possibilità di complicanze infettive derivanti dal trasferimento intrauterino di embrioni.

Episodi trombotici (formazione di un coagulo di sangue in un vaso sanguigno), più frequentemente venosi, derivanti dalle modificazioni ormonali e vascolari indotte dalla stimolazione ovarica, possono verificarsi ogni 1000-2000 cicli di trattamento.

Gli esiti della trombosi dipendono dal distretto interessato e dalla presenza o meno di complicanze tromboemboliche polmonari e, in alcuni casi, possono essere gravi, fino alla morte.

Il trattamento delle complicanze tromboemboliche può prevedere la somministrazione, anche di lunga durata, di anticoagulanti orali o eparina per via iniettiva sottocutanea.

Le complicanze descritte a seguito dell'agoaspirazione ecoguidata dei follicoli sono:

Emorragie (frequenza 0,22 delle procedure - Report Istituto Superiore di Sanità giugno 2014) con possibile emoperitoneo (emorragia all'interno dell'addome), tale da richiedere un intervento urgente di apertura dell'addome (in rari casi può essere necessario asportare le ovaie);

Infezioni utero-tubariche, con formazione in alcuni casi di ascessi tubo-ovarici (frequenza 0.01% - Report Istituto Superiore di Sanità giugno 2014). In alcuni casi può essere necessario un intervento chirurgico e asportazione di una o entrambe le tube.

Sono descritti rari casi di lesioni intestinali, vescicali o uretrali; torsione o la rottura di cisti ovariche con emorragie addominali e necessità di intervento chirurgico, che, a volte, comporta l'asportazione delle ovaie. I rischi anestesiológicos sono dettagliati nel consenso anestesiológico.

La percentuale di gravidanze gemellari e plurigemellari risulta aumentata nelle pazienti che si sottopongono a cicli di fecondazione in vitro e dipende dal numero di embrioni trasferiti (in casi rari un embrione può dividersi in due e quindi, teoricamente, anche con un solo embrione si possono avere due gemelli, con due embrioni tre o quattro gemelli, ecc.). Le casistiche mondiali indicano che orientativamente: il 20-25% delle gravidanze ottenute con tale tecnica è gemellare (con la fecondazione naturale la percentuale di gemellarità è del 1.25%), il 5-6% è trigemina; lo 0,5% è quadrigemina o con numero di feti superiore. La gravidanza gemellare di per sé costituisce una condizione di maggior rischio ostetrico, per l'aumentato rischio di ipertensione, diabete, parto pretermine, ritardo di crescita e taglio cesareo.

In caso di gravidanza plurigemina, le eventuali indagini prenatali invasive (es. amniocentesi) per l'accertamento di eventuali anomalie cromosomiche può risultare di difficile esecuzione o impossibile tecnicamente e comportare maggiori rischi (es. aborto).

La Legge 40/2004 vieta la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo i casi previsti dalla Legge 194/78.

Anche con la fecondazione in vitro è possibile avere una gravidanza extrauterina. Nelle gravidanze spontanee 1 su 100 circa è extrauterina, nelle gravidanze da FIVET/ICSI i dati nazionali indicano una percentuale dell'1,6% (report Istituto Superiore di Sanità giugno 2014). Tale eventualità può richiedere l'asportazione tubarica.

Tutte le complicanze della gravidanza aumentano con l'aumentare dell'età della donna. In particolare dopo i 43 anni vi è un maggior rischio di sviluppare ipertensione, di parto pretermine e di basso peso alla nascita (Le Ray C, 2012).

10. Possibili rischi per il/i nascituro/i

- a) **Malformazioni:** E' riportato in letteratura un lieve aumento del rischio di malformazioni nei bambini nati con tecniche di procreazione assistita rispetto a quelli concepiti naturalmente. La ICSI di per sé non sembra aumentare il rischio di malformazione rispetto alla FIVET (Wen J. et al, 2012).
- b) **Anomalie cromosomiche:** Nelle procedure di fecondazione omologa è riportato un lieve aumento del rischio di anomalie cromosomiche. Per quanto riguarda la fecondazione eterologa, la selezione dei donatori in base alla giovane età e al buono stato di salute, consente di predire ragionevolmente una minore incidenza di anomalie cromosomiche, tuttavia potrebbe rimanere un lieve aumento del rischio legato alle procedure in sé (Deng A and Wang WH, 2015).
- c) **Prematurità, basso peso:** ci sono evidenze che le gravidanze da procreazione medicalmente assistita, anche singole, sono maggiormente complicate da basso peso alla nascita, parto prematuro e morte perinatale (Pandey S et al, 2012).
- d) **Condizioni genetiche rare:** sono stati descritti in letteratura un aumento del rischio di condizioni genetiche rare, come ad esempio sindromi neurologiche (Lazaraviciute G et al, 2014).

E' segnalata la possibilità di trasmissione ereditaria dell'infertilità attraverso il proprio gamete (Kurinczuk JJ et al, 2014).

Allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non vi sono evidenze che permettano di stabilire con certezza se il lieve aumento delle malformazioni, del basso peso alla nascita, del rischio di parto pretermine e di malattie genetiche rilevato nei nati da procreazione medicalmente assistita sia legato alle cause dell'infertilità in sé e/o alle tecniche utilizzate (ESHRE Capri workshop Group J Assist Reprod Genet, 2014).

- e) Non è possibile escludere la trasmissione al nascituro di agenti infettivi, né risulta possibile diagnosticare tutte le malattie genetiche o familiari di cui risultasse eventualmente affetto/a il/la donatore/donatrice o il partner.

E' nella libera e personale determinazione della coppia la scelta di ricorrere o meno alla diagnosi prenatale per individuare eventuali anomalie cromosomiche o genetiche del nascituro, ovvero la scelta di accettare questa evenienza, come avviene per ogni gravidanza.

11. Limiti dell'applicazione della tecnica sugli embrioni di cui all'articolo 14 della legge n° 40/2004 di seguito descritti, anche in riferimento ai successivi pronunciamenti della Corte Costituzionale

Articolo 14. (Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni)

1. È vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.
2. Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario a conseguire il risultato utile (sentenza della corte Costituzionale N. 151/2009).
3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione, è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile.
4. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.
5. I soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero.
6. La violazione di uno dei divieti e degli obblighi di cui ai commi precedenti è punita con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro.
7. È disposta la sospensione fino ad un anno dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno dei reati di cui al presente articolo.
8. È consentita la crioconservazione dei gameti maschile e femminile, previo consenso informato e scritto.
9. La violazione delle disposizioni di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.

12. Consenso alla crioconservazione dei gameti maschili e femminili

a) consento alla crioconservazione a mie spese dei gameti maschili SI NO

Firma _____

b) consento alla crioconservazione a mie spese dei gameti femminili SI NO

Firma _____

- La metodica di crioconservazione scelta è la vitrificazione che, in letteratura allo stato attuale, dà la miglior percentuale di successo in termini di sopravvivenza. La percentuale di sopravvivenza degli ovociti scongelati in Policlinico Città di Udine si aggira intorno al 90%. Gli ovociti sopravvissuti verranno inseminati con la metodica ICSI.
- I dati in letteratura non sembrano evidenziare un aumento di incidenza di patologie in bambini nati da tecniche con ovociti scongelati (Noyes et al, 2010).
- Il rinnovo del canone annuo avverrà per tacito accordo salvo compilazione del modulo di abbandono/estinzione/donazione per ricerca dei suddetti gameti.
- Esoneriamo da responsabilità il personale medico e tecnico che abbia ruolo nella tutela dei gameti salvo l'esecuzione secondo idonee prassi delle prestazioni di cui sopra.
- In caso di irreperibilità per nostra/mia mancata comunicazione di indirizzo di residenza/domicilio o decesso dispongo/disponiamo che il centro dia corso a quanto di seguito indicato:

• Utilizzo per fini di ricerca gli ovociti sovrannumerari	SI	NO
• Lasci estinguere gli ovociti a suo insindacabile giudizio	SI	NO
• Lasci estinguere gli spermatozoi a suo insindacabile giudizio	SI	NO

A fronte dell'attività di custodia degli ovociti o degli spermatozoi, ci impegniamo a corrispondere al Vostro Centro l'importo definito nell'allegato "Informativa su costi dei trattamenti", che viene consegnato alla coppia unitamente al presente documento.

Firme per consenso Udine, _____ / _____ / _____

Firma del partner femminile _____

Firma del partner maschile _____

Firma del Medico dott. _____

Autorizzazione specifica all'utilizzo degli ovociti sovrannumerari per ricerca:

Firma del partner femminile _____

13. Possibilità di crioconservazione degli embrioni (Sentenza Corte Costituzionale n. 151/2009).

Siamo stati informati che la percentuale di sopravvivenza degli embrioni/blastocisti nel Centro PMA del Policlinico Città di Udine è del 98% circa.

Siamo altresì consapevoli che il trasferimento differito dovrà avvenire nel minor tempo possibile tenuto conto delle condizioni psico-fisiche della donna.

Nessun contributo è dovuto per la crioconservazione degli embrioni. Per il mantenimento degli stessi si rimanda al tariffario allegato.

Acconsentiamo alla crioconservazione degli embrioni:

Firma del partner femminile _____

Firma del partner maschile _____

Firma del Medico dott. _____

14. Trasferimento del processo di PMA in caso di chiusura del Centro

Policlinico Città di Udine ha stipulato un accordo che prevede, in caso di chiusura del Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita, il trasferimento della documentazione clinica e dei gameti/embrioni presso il Centro PMA individuato dalla convenzione.

Acconsentiamo all'eventuale trasferimento, che sarà comunque preceduto da un contatto da parte del Policlinico Città di Udine.

Udine, _____ / _____ / _____

Firma del partner femminile _____

Firma del partner maschile _____

15. Costi economici dell'intera procedura

Per quanto riguarda il costo della procedura, si rinvia all'allegato "Informativa su costi dei trattamenti", che viene consegnato alla coppia unitamente al presente documento.

Udine, _____ / _____ / _____

Firma del partner femminile _____

Firma del partner maschile _____

16. Comunicazione con il centro PMA

Autorizziamo il Centro a contattarci ai seguenti recapiti per l'invio di informazioni potenzialmente sensibili riguardanti il trattamento di PMA:

Tel _____

Mail _____

La paziente si impegna a comunicare l'esito (β hCG) e l'eventuale evoluzione della gravidanza (compreso il giorno presunto del parto); inoltre, la modalità del parto, il peso e l'apgar del neonato.

Considerato quanto descritto nel presente documento, esprimiamo la nostra volontà ad accedere a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita, proposta che verrà applicata non prima di 7 (sette) giorni dal rilascio del presente documento.

Cognome e nome della Sig.ra	Firma	Data	Estremi del documento di identità
Cognome e nome del Sig.	Firma	Data	Estremi del documento di identità
Cognome e nome del Medico	Firma	Data	Cognome, nome, data e firma del Medico Responsabile del Centro

Alleghiamo copia dei documenti di identità

AUTOCERTIFICAZIONE

Noi sottoscritti

_____ e _____

In ottemperanza a quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 e dal comma 3 dell'art. 12 della Legge 40/2004 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" di seguito riportati:

Articolo 5.

(Requisiti soggettivi)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 1, possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

Articolo 12.

(Divieti generali e sanzioni)

3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

Nota: Il testo dell'art. 76, commi 1 e 2, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445 è il seguente:

"1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso."

dichiariamo di essere entrambi maggiorenni, di sesso diverso, coniugati o conviventi e in età potenzialmente fertile

Cognome e nome della Sig.ra	Firma	Data	Estremi del documento di identità
Cognome e nome del Sig.	Firma	Data	Estremi del documento di identità

Alleghiamo copia dei documenti di identità