

ALLEGATO 1

SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a il _____ residente a _____

(Se necessario)

Legale rappresentante di _____ nato/a il _____

dichiaro di:

- aver letto la sezione informativa,
 - aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,
 - aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità, i benefici, le eventuali alternative e gli eventuali rischi del trattamento,
 - essere stato informato che in ogni momento posso revocare il mio consenso.
-

Data e firma del paziente o del legale rappresentante _____

(Se necessario)

Dichiaro di essere/non essere in stato di gravidanza (*firma*) _____

Data _____ firma e timbro del medico _____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità istituzionali del SSN e per le finalità di ricerca finalizzata all'assistenza sanitaria in ottemperanza al DLVo 196 del 30 giugno 2003 sulla tutela della privacy.

Firma per consenso _____