

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a nato/a il
dichiara di essere esaurientemente informato/a in merito alla visita medico specialistica o all'esame
diagnostico da eseguire e ne autorizza l'esecuzione con le modalità ritenute più opportune dal medico
specialista.

Data Firma

La sottoscritta esclude lo stato di gravidanza.

Data Firma PER

L'ESECUZIONE DI ESAMI AI MINORI IL MODULO VA COMPILATO DAL GENITORE O LEGALE RESPONSABILE

Il/la sottoscritto/a
..... Genitore
Legale responsabile del minore autorizza l'esecuzione della
visita o dell'esame diagnostico con le modalità ritenute più opportune dal medico specialista.

Data Firma

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy ex art. 13 e do il mio consenso ed autorizzo al
trattamento dei dati ai sensi dell'art. 23 Legge 196/2003.

Data Firma