

CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO BIOLOGICO A DOMICILIO

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

CODICE FISCALE _____

in qualità di esercente la potestà sul minore _____

in qualità di amministratore di sostegno di _____

informato riguardo il tipo di trattamento medico-diagnostico da eseguire e
precisamente riguardo:

Prelievo Biologico;

DICHIARO di (barrare la scelta):

ACCETTARE

NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il prelievo biologico.

Data

Firma/e del/i soggetto/i interessato/i o legale rappresentante

(firma leggibile)

.....

Allegati:

- fotocopia di: Tessera Sanitaria e/o tessera di esenzione e/o tessera TEAM per i cittadini europei e/o codice S.T.P. per i cittadini extracomunitari dell'utente sottoposto al prelievo;
- fotocopia Documento d'Identità dell'utente;
- fotocopia Documento d'Identità del prelevatore.