



**MODULO RACCOLTA
VOLONTA' DI NON
ESSERE INFORMATO**

MOD06_IOdsanT002_ORG

Pag. 1 di 1

Rev 5

Del
13.06.2018

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ Prov. _____ via _____

CODICE FISCALE _____

dichiaro per mia espressa volontà di non volere essere informato sulla natura e/o gravità della patologia presunta o accertata dalla quale sono affetto.

Data ____/____/____

Firma _____

Dichiaro inoltre che vengano informate in mia vece esclusivamente le seguenti persone:

Cognome Nome Grado di parentela

Cognome Nome Grado di parentela

Data ____/____/____

Firma _____