



Sede legale: Viale Giolitti, 2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Divisione _____
U.O.A./U.O.N.A. _____
Tel _____
e-mail _____

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____ nato a _____ e residente a
_____ in via _____ n. _____ telefono
_____ dichiaro di essere stato informato dal medico Dr. _____ Divisione
_____ telefono _____ della nuova terapia a cui verrò sottoposto
con la seguente modalità di somministrazione _____ dosaggio _____

durata del trattamento ed esprimo il pieno esercizio di libera scelta

Data _____

Firma del paziente _____

Qualifica del medico prescrittore _____

Nome del medico prescrittore _____

Firma del medico prescrittore _____

Recapito a cui fare riferimento in caso di emergenza _____