

	CONSENSO INFORMATO all'ATTO SANITARIO	C.S.R.E.
MODULO 75	REVISIONE 05 DEL 20/12/2023	Opera Mons. Bonilli

**PARTE I - DATI IDENTIFICATIVI**

Paziente:.....

Dati del Tutore legale (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

.....

NB: va allegata la documentazione che indica il Tutore

**PARTE II - DATI SANITARI**

Atto sanitario proposto: **Progetto Riabilitativo Individualizzato**  
**Piano Terapeutico Personalizzato**

Entrambi sempre consultabili su richiesta da parte degli interessati

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto

Data ..... Firma dell'operatore Sanitario.....

**PARTE III - ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a ..... dichiaro:  
di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso:

- l'informativa fornita e il colloquio;
- di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento
- di

- ACCETTARE**
- NON ACCETTARE**

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Data ..... Firma .....

Io sottoscritto/a .....  
in data ..... **dichiaro di voler REVOCARE il consenso.**

Firma .....