



Servizio di Endoscopia Digestiva ASUR – AV1

Sede Scegliere un elemento.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO

Io sottoscritto/a _____ paziente

DICHIARO

- di avere ricevuto un'informazione completa e comprensibile per il percorso clinico-assistenziale proposto:

Scegliere un elemento.

di cui alla **SCHEDA INFORMATIVA** allegata, parte integrante del presente documento

- che prima di esprimere il consenso ho avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente ulteriori informazioni e le risposte sono state ritenute esaustive;

- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente;

- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso/dissenso in qualsiasi momento

di **ACCETTARE**

NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il percorso clinico-assistenziale proposto.

Luogo e data: Urbino, 30/11/2021

Firma del dichiarante
elemento.

Firma del medico (*) Scegliere un

*N.B. per esigenze organizzative, il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha precedentemente informato il paziente e/o che esegue l'intervento