

MODULO DI CONSENSO*Prestato in ambito di riscontro diagnostico,*

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 4 comma 2 bis della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" pubblicato nella G.U. Generale n. 64 del 17.03.2017.

Il/la Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

C.F. _____ N. identificativo del documento _____

***Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere
previste dall'art 76 del DPR 445/2000***

DICHIARA

- di essere familiare _____ (specificare grado di parentela)
- o di avere titolo in quanto _____ (se del caso allegare delega e documento di identità di delegato e delegante)

del *de cuius* _____ (nome, cognome) nato

il _____ a _____ deceduto il _____

Acquisite tutte le informazioni necessarie sulle finalità e modalità di esecuzione ivi comprese quelle relative al trattamento di dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 679/2016.

AUTORIZZAad eseguire il riscontro diagnostico nei confronti del *de cuius* sopra rappresentato

Ed a tal fine richiede:

- la presenza del proprio medico di fiducia nella persona del Dott./ssa _____
- di rinunciare alla presenza del proprio medico di fiducia.

Data, lì _____

Firma del familiare _____

Firma del medico che ha acquisito il consenso _____