

CONSENSO INFORMATO PER ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE

Io sottoscritto/a

Nato a.....il.....

Residente a.....

**Dichiaro espressamente di autorizzare la Dott.ssa
ad eseguire l'asportazione delle neoformazioni:**

.....

con la seguente tecnica:.....

Dichiaro di accettare liberamente detto intervento e sollevo l'operatore da ogni responsabilità che derivi dall'atto invasivo(chirurgico), a meno che sia dovuto ad imperizia, imprudenza, negligenza del Dottore stesso.

Dichiaro, inoltre, di essere stato messo al corrente sia della tecnica chirurgica che verrà utilizzata, che del fatto che potrebbero residuare delle cicatrici visibili nonostante la correttezza dell'opera dello Specialista; pur essendo problemi in parte o del tutto risolvibili con i moderni presidi terapeutici, esiste la probabilità remota che possano perdurare definitivamente.

Ponte San Nicolò.....

Firma del paziente

Firma del Medico.....