

	Direzione Sanitaria Revoca consenso per Trasfusioni Sangue ed Emoderivati	Mod. 0039	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>consenso trasfusioni</i>	
		Rev. 00	del 14/10/2024

DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____

Dichiaro di voler REVOCARE il consenso da me espresso in data _____

Relativo all'atto sanitario _____

Data _____

Firma del Paziente/Genitore/Tutore

Timbro e Firma del Medico

* L'informativa "Trasfusioni Sangue ed Emoderivati" inerente alle procedure di trasfusione ed eventuali complicanze (**Mod. 0016**) è pubblicata sul sito www.santannacasale.it nella Sezione Informativa e Privacy e disponibile per la consultazione presso gli uffici informazione della Casa di Cura.