



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA CURA

La/il sottoscritta/o _____ nata/o il _____

a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

Via _____

conferma di essere a conoscenza di accettare le norme che regolano il funzionamento del CDI e,

DICHIARA

di essere stato informato dal Medico operante presso il CDI, in modo chiaro, esauriente e comprensibile, riguardo le cure e le procedure medico/assistenziali messe in atto presso il CDI, sulla loro sostituibilità o non sostituibilità.

Resta inteso che ulteriori atti medico/assistenziali con finalità terapeutiche (con particolare riferimento, per esempio, ad eventuali trattamenti vaccinali) che si dovessero rendere necessarie durante la frequenza presso il CDI, compatibilmente con le condizioni generali e nel rispetto della dignità della persona, a salvaguardia dell'integrità individuale e di terzi saranno oggetto di consenso specifico.

Data _____

Firma del Medico _____

Firma dell'Ospite _____

(Da compilarsi solo in caso di impossibilità a firmare da parte del Richiedente)

Sezione a cura della persona che sottoscrive il Contratto

La/il sottoscritta/o _____

residente a _____ prov. _____

Via _____

relazione di parentela _____ dell'utente _____

DICHIARA

di essere stato informato dal Medico operante presso il CDI, in modo chiaro, esauriente e comprensibile, riguardo le cure e le procedure medico/assistenziali messe in atto presso il CDI, sulla loro sostituibilità o non sostituibilità.

Resta inteso che ulteriori atti medico/assistenziali con finalità terapeutiche (con particolare riferimento, per esempio, ad eventuali trattamenti vaccinali) che si dovessero rendere necessarie durante la frequenza presso il CDI, compatibilmente con le condizioni generali e nel rispetto della dignità della persona, a salvaguardia dell'integrità individuale e di terzi, saranno oggetto di consenso specifico.

Data _____

Firma del Medico _____

Firma dell'Ospite _____