

|                                                                                  |                                                                 |                      |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
|  | <b>MODULO RACCOLTA<br/>VOLONTA' DI NON<br/>ESSERE INFORMATO</b> | MOD06_IOdsanT002_ORG | Pag. 1 di 1                    |
|                                                                                  |                                                                 |                      |                                |
|                                                                                  |                                                                 |                      | Rev 4<br><br>Del<br>05.12.2017 |

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**dichiaro per mia espressa volontà di non volere essere informato sulla natura e/o gravità della patologia presunta o accertata dalla quale sono affetto.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Dichiaro inoltre che vengano informate in mia vece esclusivamente le seguenti persone:**

\_\_\_\_\_  
Cognome                      Nome                      Grado di parentela

\_\_\_\_\_  
Cognome                      Nome                      Grado di parentela

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_