



REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

REVOCA

il proprio consenso alla procedura proposta: _____

Data ____ / ____ / ____ ora ____

Firma Paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale _____

Firma del 2° genitore _____

Firma Medico _____ Matricola _____