

Il sottoscritto Sig.....

Esercente la podesta' sul minore

In qualita' di tutore di

Dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dott.....
.....

sulle caratteristiche del farmaco somministrato a scopo diagnostico.....

**CONFERMO DI AVER RECEPITO CONSAPEVOLMENTE QUANTO SOPRA E DI AVER
OTTENUTO I CHIARIMENTI DA ME RICHIESTI. PER QUESTI MOTIVI ACCONSENTO A
SOTTOPORMI ALL'INDAGINE DIAGNOSTICA.**

Firma de medico.....

Firma del paziente.....

Roma ,.....