

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 ,.....