

# Passaggi S.r.l.

SEDE LEGALE : Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28 - SEDE AMMINISTRATIVA : Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111

SEDI OPERATIVE : ORICOLA (AQ) Via Tiburtina Valeria Km. 68,200 - CARSOLI (AQ) Via Colle Farola, s.n.c.

## REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO - PERSONA CAPACE

STRUTTURA : \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (cognome e nome) nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di identità : \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### IN QUALITA' DI

INTERESSATO

DELEGATO

### INFORMATO

dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare) :

### IN RELAZIONE AL CONSENSO

Sottoscritto il \_\_\_\_\_ relativamente al seguente atto sanitario proposto (specificare) :

### DICHIARO

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

• Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

• Firma del medico \_\_\_\_\_

• Firma degli operatori presenti \_\_\_\_\_

### NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome e cognome ed estremi documento testimone 1 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome ed estremi documento testimone 2 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso ed al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere al medico le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome e cognome ed estremi documento del mediatore culturale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

• Lì, (luogo, data e ora della revoca del consenso) : \_\_\_\_\_