

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 INCAPACE

STRUTTURA : _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome) nato/a a _____ il _____

IN QUALITA' DI

- TUTORE (n. decreto _____) CURATORE (n. decreto _____)
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto _____)
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto _____)
- della persona assistita (cognome e nome) _____

INFORMATO

- Dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure può condurre fino a (specificare) : _____
- Della possibilità in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione.

IN RELAZIONE AL CONSENSO

sottoscritto il (GG/MM/AA) : _____
relativamente al seguente atto sanitario proposto : _____

DICHIARO

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

- Firma della persona assistita _____
- Firma del dichiarante _____
- Firma del medico _____
- Firma degli operatori presenti _____

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 di acquisizione del consenso) : _____