

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Terapia	Mod. 0039	Pag. 1 di 1
	Revoca consenso per Trasfusioni Sangue ed Emoderivati	Parola chiave: <i>consenso trasfusioni</i>	
		Rev. 00	del 05/10/2023

DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____

Dichiaro di voler REVOCARE il consenso da me espresso in data _____

Relativo all'atto sanitario _____

Data _____

Firma del Paziente/Genitore/Tutore

Timbro e Firma del Medico

* L'informativa "Trasfusioni Sangue ed Emoderivati" inerente alle procedure di trasfusione ed eventuali complicanze (**Mod. 0016**) è pubblicata sul sito www.ccbra.it nella Sezione Informativa e Privacy e disponibile per la consultazione presso gli uffici informazione della Casa di Cura.

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	