





Pertanto:  acconsento  non acconsento

**che il minore / incapace venga sottoposto all'atto sanitario indicato**

Bergamo,

**Firma del legale rappresentante / genitore/i**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Riservato al medico

Sottoscrivo che il consenso informato è stato espresso secondo le modalità descritte nella procedura aziendale e nelle linee guida relative, da persona adeguatamente capace e che ha compreso informazioni ricevute.

Durante il colloquio  **è stato**  **non è stato** richiesto l'ausilio di un interprete / mediatore culturale.

**L'utente non ha rilasciato il consenso e si rinvia al Medico Curante per le decisioni conseguenti**

Firma e timbro del medico del Centro Prelievi

L'originale viene allegato alla ricetta, la copia viene rilasciata all'utente.