

Modulo di Consenso Informato

Dati del paziente:

Nome: bfg

Cognome: brt

Codice_fiscale: bbb

Indirizzo: 645

Luogo: 45643

Data: 2025-04-12

Timestamp: 12/04/2025 13:50

Consensi:

Comunicazione con familiari/sanitari: Acconsento

Utilizzo a fini statistici e di ricerca: Acconsento

Firma 1



Firma 2

