

Modulo di Consenso Informato

QUI INCOLLI TUTTO IL TESTO IN HTML O MULTILINEA DELL'INFORMATIVA

Dati del paziente:

Nome: dfbd

Cognome: ndfgn

Indirizzo: nfg

Codice_fiscale: nfg

Data_nascita: nfg

Luogo: nfg

Data: 2025-04-12

Consensi informati:

Finalità informative: Acconsento

Finalità statistiche: Non Acconsento

Comunicazione a familiari/sanitari: Acconsento

Accesso al fascicolo: Non Acconsento

Firma 1



Firma 2

