

CONSENSO INFORMATO AL RISCONTRO DIAGNOSTICO

Io sottoscritta (madre).....

nata a (Prov....) il

residente a(Prov....) CAP

in via n° Tel

e

Io sottoscritto (padre).....

nato a (Prov....) il

residente a(Prov....) CAP

in via n° Tel

esprimiamo il consenso all'effettuazione del riscontro diagnostico, a condizione che i risultati
vengano trattati in forma anonima.

Data

Firma Madre.....

Firma Padre.....