**Consenso informato accesso Specialist di prodotto**

lo sottoscritto/a

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

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dopo essere stato/a informato/a delle motivazioni

□ **ACCONSENTO** □ **NON ACCONSENTO**

alla presenza dello specialista di prodotto durante l’intervento al quale sarò sottoposto/a per il quale ho fornito altro e specifico consenso all’esecuzione.

La presenza dello Specialista è regolamentata dalla Istruzione operativa aziendale rispetto alla quale sono stato/a reso/a edotto/a. Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile e particolareggiata attraverso un colloquio con un operatore sanitario che ha risposto in maniera esauriente a tutti i quesiti posti.

**Firma dell'interessato/a**

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

Confermo di aver fornito, mediante un colloquio, informazioni dettagliate sull'accertamento e ritengo che siano state comprese dall'interessato/a.

**Firma e timbro del Medico**

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