

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
, residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

dichiara che è stato informato dal Dott./ssa e ha avuto modo di leggere la scheda tecnica del farmaco

\_\_\_\_\_.

Ciò premesso, acconsento al trattamento con \_\_\_\_\_ e all'analisi dei dati che potranno essere pubblicati in forma anonima.

Si precisa che il paziente nel momento in cui viene informato è capace di intendere e di volere.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_