

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il/La Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ con la presente dichiara di voler eseguire in forma PRIVATA presso questa struttura il seguente esame diagnostico/trattamento, sollevando la Casa di Cura ed i propri professionisti in merito ad ogni e qualsiasi responsabilità legata alla decisione ed opportunità di effettuare tale esame.

ESAME RICHIESTO /TRATTAMENTO: \_\_\_\_\_

QUESITO DIAGNOSTICO / TERAPIE DA ESEGUIRE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Privacy 679/2016.

Firma paziente

\_\_\_\_\_

---

---

### DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO RESPONSABILE /DIRETTORE SANITARIO

A seguito della richiesta di cui sopra, valutata l'anamnesi ed il quadro clinico del/della paziente, il sottoscritto Medico Responsabile/Direttore Sanitario (nome e cognome) \_\_\_\_\_ esprime parere favorevole alla esecuzione del seguente esame diagnostico:

ESAME RICHIESTO /TRATTAMENTO: \_\_\_\_\_

Firma del Medico Responsabile/Direttore Sanitario:

\_\_\_\_\_