



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA CURA**  
**(ex artt. 2- 13 – 32 Costituzione)**  
**ed il consenso informato (ex Regolamento UE 2016/679)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

DICHIARA di essere stato informato in modo chiaro, esauriente e comprensibile, riguardo le cure e procedure medico/assistenziali (terapie farmacologiche, indagini diagnostiche e pratiche terapeutiche) messe in atto presso la RSA e CDI

DICHIARA INOLTRE di avere ottenuto risposte soddisfacenti a tutti i quesiti posti, di aver compreso anche le informazioni che sono state date e di aver ricevuto garanzia sulla possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande al medico responsabile della cura.

Castenedolo, lì \_\_\_\_\_

Firma dell'ospite

\_\_\_\_\_

Firma del familiare di riferimento \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_