



## NOMINA DI UN FIDUCIARIO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ | ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**liberamente, spontaneamente e in piena coscienza**, alla presenza del Dirigente Medico dott./dott.ssa:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_

### DICHIARO

- A far fede dalla firma della presente delega
- qualora durante questo episodio di ricovero mi trovassi in una situazione di totale incapacità di attività di interrelazione e di autodeterminazione

**di DELEGARE a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso informato in mia vece il/la sig./ra**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ | ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eventuale grado di parentela: \_\_\_\_\_, di seguito nominato Fiduciario.

*Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare tale nomina in qualunque momento.*

*Si allega fotocopia del documento d'identità del fiduciario.*

Firma del paziente

Firma del Medico che acquisisce la delega

Firma del fiduciario

### REVOCA DELLA NOMINA DEL FIDUCIARIO

*Da compilarsi in caso di revoca della nomina precedentemente espressa*

In data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza**, alla presenza del Dirigente Medico dott./dott.ssa:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

*Dichiaro di revocare la nomina del fiduciario a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso informato precedentemente espressa.*

Firma del paziente

Firma del Medico che acquisisce la revoca alla delega