

 <p>ASP RAGUSA</p>	<p>CONSENSO INFORMATO PER LE PROCEDURE AFERETICHE (MAGGIORENNI)</p>	<p>P.Q. AFERESI/M2 Rev.0 23/03/2023</p>
---	--	--

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____ sono stato informato/a dal
dott. _____ della necessità di essere sottoposto a
procedura aferetica terapeutica e dei relativi rischi connessi con la esecuzione della procedura
stessa.

Dichiara di aver letto e compreso la relativa informativa, di essere stato messo in condizione di porre
domande e di aver ricevuto le relative risposte.

Pertanto

- Acconsente
- Non acconsente

ad essere sottoposto alla procedura

FIRMA del Paziente _____

FIRMA del Medico _____

Data, ____/____/____