|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **MODULO RACCOLTA VOLONTA’ DI NON ESSERE INFORMATO** | MOD05 | Pag. 1 di 1 |
|  |
|  | Rev02  08/05/2025 |

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

nato/a a il / /

residente a Prov. via

CODICE FISCALE

DICHIARO

per mia espressa volontà di non volere essere informato sulla natura e/o gravità della patologia presunta o accertata dalla quale sono affetto.

Data / / Firma

Dichiaro inoltre che vengano informate in mia vece esclusivamente le seguenti persone:

Cognome Nome in qualità di familiare/parte dell'unione civile/

convivente/persona di fiducia

Cognome Nome in qualità di familiare/parte dell'unione civile/

convivente/persona di fiducia

Data / / Firma