

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	CONSENSO INFORMATO PER SCONGELAMENTO DEI GAMETI MASCILI MO. 03.OCT.DMI.FIR.	Rev. 02 del 22/03/2010 pag 1 di 1
--	---	---

Il sottoscritto _____ nato il __/__/____

documento n° _____

Residenza _____

Autorizza, nella persona del dott _____

il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Azienda USL di Rimini a provvedere allo scongelamento di tutto il materiale seminale (numero _____ paillettes) congelato presso tale struttura il __/__/____

Per il seguente motivo _____

Dichiara di essere stato informato e di avere compreso che dopo tale disposizione non è possibile il recupero di tale materiale e che quindi non rimarrà presso tale struttura nessun materiale genetico del sottoscritto.

firma per conoscenza ed accettazione

testimone _____ data __/__/____