

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

documento \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### Autorizza

il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Azienda USL di Rimini, nella persona di

dott. \_\_\_\_\_

a mantenere il materiale crioconservato presso il Centro in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

per il seguente motivo \_\_\_\_\_

**Dichiara di essere stato/a informato/a che tale consenso ha la validità di 1 anno, e che allo scadere del suddetto periodo dovrà ricontattare il Centro (0541/966391).**

firma per conoscenza ed accettazione

\_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_