

Io sottoscritto _____

Nato _____ il ___/___/_____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____

Documento di identità' _____

Dichiaro

Di essermi rivolto spontaneamente presso la struttura e di aver depositato presso la "Banca del Seme" il mio liquido seminale e di essere stato ampiamente informato

- sulle modalità di crioconservazione del seme
- che tale liquido seminale può essere utilizzato e/o ritirato solo dal sottoscritto escludendo in maniera assoluta la possibilità di donazione a terzi
- che la struttura **provvederà alla conservazione** solo per il periodo del trattamento PMA
- il liquido seminale **verrà scongelato** in caso di sospensione del trattamento e di mancato utilizzo durante il trattamento PMA senza la richiesta di ulteriori consensi

Manlevo

Il Centro da qualsiasi responsabilità relativa alla conservazione del seme per danni allo stesso non direttamente imputabili ad incuria e/o trascuratezza quali in via esemplificativa e non esaustiva: eventi atmosferici, incendio, furto, atti vandalici, fughe di gas, spandimenti di acqua ecc....

Sono stato informato

- che non è garantita la capacità fertilizzante del liquido seminale conservato
- che potrebbe rendersi necessario il ricorso a tecniche di procreazione medico assistita più avanzate quale la iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI)
- che i rischi per una eventuale gravidanza ottenuta utilizzando il seme congelato sono quelli relativi alla tecnica utilizzata per il concepimento

data ___/___/_____ Firma _____

Il medico _____