

Dipartimento Materno Infantile U.O. Fisiopatologia della Riproduzione - Rimini	CONSENSO INFORMATO PER IL MANTENIMENTO DI TESSUTO OVARICO MO. 18 OCT. DMI. FIR.	Rev. 03 del 09/01/2014 pag 1 di 1
--	--	---

Il/la sottoscritto/a _____

Documento _____

nato/a il _____ a _____

Padre/madre di _____ nato/a il _____

Autorizza, nella persona del dott _____, il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Azienda USL di Rimini a mantenere il materiale crioconservato presso il Centro in data __/__/____

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

medico _____ data _____