

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	Percorso Libero-professionale MO.94.OCT.DMI. FIR	Rev. 00 del 12/01/2012 pag 1 di 1

Noi sottoscritti

Sig _____

Sig.ra _____

Dichiariamo

di essere intenzionati a risolvere il nostro problema di salute riproduttiva mediante programmi di Fecondazione Assistita presso il Centro Omonimo della Unita' Operativa di Fisiopatologia della Riproduzione della ASL di Rimini, Regione Emilia Romagna, diretta dal Dott Carlo Bulletti,

Veniamo esaustivamente edotti prima di confermare la scelta che nell'ambito della struttura esistono due percorsi distinti per adire ai medesimi trattamenti,

1. Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e quindi Istituzionale per il quale esistono solo costi di tickets (che l'ufficio cassa potra' preventivamente contabilizzarvi)
2. In regime libero professionale intra moenia a totale carico del paziente (che l'ufficio cassa potra' preventivamente contabilizzarvi).

Veniamo ulteriormente informati che i due suddetti percorsi sono identici per le prestazioni ricevute, ma hanno liste di attesa diverse e variabili nel tempo secondo le prenotazioni in essere al momento della prima richiesta presso la Struttura.

Dichiariamo di avere integralmente inteso ciò che il

Dott _____

Mi ha esaustivamente illustrato e conseguentemente scegliamo di intraprendere il percorso _____

Data _____

Sig _____

Sig.ra _____

Dott _____ Data _____