

Allegato "F"
(art. 12, comma 4 del bando)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto _____ nato/a
il ____/____/____, a _____, Prov. di _____,
informato/a dal Presidente della Commissione per gli accertamenti sanitari (o dall'Ufficiale medico
suo delegato (_____) in tema di significato, finalità e potenziali
conseguenze derivanti dall'esecuzione dell'esame radiografico:

DICHIARA

di aver ben compreso quanto gli è stato spiegato dal predetto ufficiale medico ed in ragione di ciò
ACCONSENTE / NON ACCONSENTE (1) ad essere sottoposto all'esame di cui sopra.

_____, _____
(luogo) (data)

(firma)

NOTA: (1) cancellare la voce che non interessa.

