



**IMPOSSIBILITÀ DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO
ALLA COSTITUZIONE E L'UTILIZZO DEL DOSSIER SANITARIO**

Cognome e Nome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SDO

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara
che all'atto delle necessarie prestazioni sanitarie, il giorno ____/____/____ alle ore __:__,
il Sig. _____ non è nelle condizioni psico-fisiche di poter
sottoscrivere il **Consenso informato alla costituzione e l'utilizzo del Dossier Sanitario.**

Data ____/____/____

Firma del Medico