

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO AL
CICLOERGOMETRO**

Il/La sottoscritto/a _____ , nato/a il _____

a _____ C.F. _____

dovendosi sottoporre al seguente Atto Sanitario:

- Test da Sforzo al Cicloergometro

DICHIARA

- Di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto attraverso l'informativa fornita e/o colloquio con il medico;
- Di aver dato il proprio consenso al trattamento e di aver ricevuto risposte esaurienti in merito;
- Di autorizzare il medico a modificare la procedura concordata nel caso lo stesso si trovi davanti ad impreviste difficoltà e non fosse possibile, in siffatto frangente, interpellarmi, al solo scopo di fronteggiare le complicitanze che da tale imprevisto potrebbero derivare.

Rovigo, lì _____

Firma del paziente: _____

Firma del genitore o tutore: _____

Firma del medico che ha fornito le informazioni: _____