



Laboratorio analisi cliniche Dott. Fioroni A. & C. s.a.s.
Viale A. De Gasperi, 19 - San Benedetto del Tronto (AP)
Tel. 0735.84847 Fax 0735.84847
E-mail: fioroni@fioroni.it



TEST DA STIMOLO MODULO

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

residente a _____ via _____

avendo avuto prescritto dai propri curanti un test che prevede la somministrazione di :

informato degli effetti collaterali che tale sostanza può dare, dà il proprio consenso alla somministrazione della sostanza sopra descritta, sollevando nel contempo il Direttore Sanitario del Laboratorio Analisi da ogni responsabilità in merito.

firma

nel caso di paziente minore

San Benedetto del Tronto _____