

Ambulatorio AIAS di Milano, via P. Mantegazza, 10 – 20156
 Pantigliate P.za Comunale 21- 20090

Il/la Sottoscritto/a	C.F.
Nato/a a:	il

Il/la Sottoscritto/a	C.F.
Nato/a a:	il

Accenso di essere sottoposto/a. oppure

Accenso in qualità di
 genitore Rapp.te legale (es. Amm.Sost., Tutore...) altro.....

Che il/la sig./a

Nato/a: il

Sia sottoposto/a a:

attività di diagnosi, osservazione e valutazione

intervento riabilitativo individuale in piccolo gruppo

Nel/i seguente/i ambito/i:

attività di consulenza specifica

fisiatrice NPI problematica specifica:.....

Dichiaro inoltre di essere stato informato e di acconsentire al trattamento proposto
(legge nr.145/2001)

Firma del/la Paziente o del Rappresentante Legale: _____

Firma del/la Paziente o del Rappresentante Legale: _____

Luogo li.....

Timbro

Firma dell'Operatore _____