

Presidio Ospedaliero _____

Il sottoscritto _____

In qualità di _____

della/del Sig.ra/Sig. _____

deceduta/o in questo Presidio Ospedaliero in data _____

nel reparto di _____

E

Il Dott. _____

Matricola n° _____

affidente alla UOC _____

ai sensi di quanto disposto dall'art. 4, comma 4, della Legge n. 24 del 8/3/2017 concordano di non procedere all'esecuzione del riscontro diagnostico per le seguenti motivazioni:

Data _____

Firma del familiare _____

Data _____

Firma e timbro del medico di reparto

Si allega fotocopia del documento d'identità del familiare.

Per presa visione

Il Direttore Sanitario di P.O.
