



## CONSENSO ALLE CURE

La/Il sottoscritta/o.....  
in qualità di.....

DICHIARA

di essere stato informato delle norme che regolano il funzionamento della Residenza per Anziani Torre della Rocchetta ed i servizi ivi erogati.

DICHIARA

di essere stato informato, in modo chiaro, esauriente e comprensibile, riguardo alle cure e le procedure medico/assistenziali messe in atto presso la Residenza Torre della Rocchetta, sulla loro sostituibilità e non sostituibilità e dei rischi potenziali comuni ed individuali legati anche ad alcune indagini diagnostiche e pratiche terapeutiche che si dovessero rendere necessarie in senso diagnostico e terapeutico durante la degenza presso La Residenza Torre della Rocchetta, compatibilmente con le condizioni generali e nel rispetto della dignità della persona, a salvaguardia dell'integrità individuale e di terzi (es. screening per malattie infettive).

Data.....

Firma.....