

*Consenso informato all'atto medico*

**CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO**

- Visite specialistiche
- Trattamenti fisioterapici

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_, a  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), residente in \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ), Cell: \_\_\_\_\_, Email: \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver compreso i possibili effetti collaterali a cui mi espongo in caso di presenza di patologie o fattori che controindichino i trattamenti sanitari da parte mia.

**Pertanto dichiaro sotto la mia responsabilità:**

- di NON essere in stato di gravidanza.
- di NON essere affetto da tumori maligni
- di NON essere portatore impianti di bypass o pace-maker
- di versare in condizioni di salute generali buone

Dichiaro altresì di aver preso visione delle norme di comportamento da osservare durante la permanenza nella struttura sanitaria.

Essendo consapevole dei rischi a cui mi espongo in caso di falsa dichiarazione di quanto sopra esposto, dichiaro di aver letto e compreso quanto riportato in tale modulo e sollevo la direzione della struttura sanitaria da qualunque responsabilità.

**Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Codice sulla privacy (D.Lgs. 196/2003)**

Bari:  
17/01/2025

Firma del Paziente  
\_\_\_\_\_