



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP  
AGRIGENTO**

**P.O. ....**

**CONSENSO INFORMATO**  
**TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO OSPEDALE**

Io sottoscritto/a .....

dichiaro liberamente ed in piena coscienza di:

- essere stato messo al corrente dal dottor .....
- dell'Unità Operativa dove sono assistito in merito alla natura e caratteristiche cliniche della malattia dalla quale sono affetto .....
- .....
- essere stato informato sulle possibilità diagnostico-terapeutiche che offre la struttura sanitaria dove sono, in atto, ricoverato;
- di essere stato messo al corrente sia dei benefici sia dei possibili rischi correlati al trasferimento presso altro Ospedale.

**Affermo** di essere stato informato e di aver compreso in maniera esaustiva in merito alla patologia e/o patologie di cui sono affetto, ai trattamenti sanitari (diagnostico/terapeutico) per i quali trovo indicazione il mio trasferimento presso altro ospedale.

**Accetto/non accetto\*:**

il trasferimento per la continuità assistenziale

.....

Data .....

Firma del Paziente

.....

Firma del Medico .....

\* Cancellare quanto non interessa.