



# FONDAZIONE BIFFI ONLUS

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA CURA

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a  
a ..... il ..... residente a  
..... via ..... n. .... dichiara  
di essere a conoscenza e di accettare le norme che regolano il funzionamento della RSA, i servizi erogati e le condizioni economiche e di essere stato/a informato/a in modo chiaro, esauriente e comprensibile riguardo le cure e le procedure medico/assistenziali messe in atto presso la RSA, sulla loro sostituibilità e non sostituibilità e dei rischi potenziali, comuni e individuali legati anche ad alcune indagini diagnostiche (esami con mezzo di contrasto, endoscopici ed elettrofisiologici) e pratiche terapeutiche (con particolare riferimento ad eventuali trattamenti emotrasfusionali e contenitivi) che si dovessero rendere necessarie in senso diagnostico e terapeutico durante la degenza presso la RSA, compatibilmente con le condizioni generali e nel rispetto della dignità della persona a salvaguardia dell'integrità individuale e di terzi.

Data e firma .....

### IN CASO DI IMPOSSIBILITA' A FIRMARE DA PARTE DELL'OSPITE FIRMA DI CHI SOTTOSCRIVE IL CONTRATTO/REGOLAMENTO DELLA RSA

Nome Cognome .....

In qualità di .....

.....  
(firma)

DATA .....

Rev. 1 del 28/02/2018

#### FONDAZIONE BIFFI ONLUS

Ente Morale di diritto privato ex Art. 12 C.C. D.G.R. Lombardia n. 8659 del 7/5/1991  
Tribunale di Milano Reg. Pers. Giur. n. 192 - C.F. 80032890156 - P. IVA 04330030158  
Sede Legale: Via dei Ciclamini, 34 - 20147 MILANO - ☎ 02 48302825 / 02 48302213 - 📠 02 4151942  
✉ fondazionebiffi@fondazionebiffi.it - www.fondazionebiffi.it

R.S.A. Villa Antonietta: ✉ info@fondazionebiffi.it - A.D.I. Fondazione Biffi: ✉ adi@fondazionebiffi.it



Organizzazione con Sistema  
di Gestione certificato ISO 9001 - 45001