

MODULO RIFIUTO INTERVENTO SANITARIO

Il sottoscritto, _____, nato a _____ in data _____ e
residente a _____,

DICHIARA

di essere stato assistito dagli addetti al Primo Soccorso della struttura universitaria
_____ Sigg.ri _____ in data
_____ a seguito di una problematica di malore/trauma e di essere stato informato della
necessità di un allertamento del servizio "Numero Unico d'emergenza Europeo 112" (**NUE 112**).

Informato dagli addetti dei rischi connessi alla problematica verificatasi

DICHIARA

di rifiutare

- la chiamata di soccorso al NUE 112;
- di essere accompagnato presso il Pronto soccorso più vicino.

Sono presenti all'evento, che è accaduto presso i locali _____

in qualità di testimoni i Sig.ri

_____ nato a _____ in data _____ e
residente a _____

_____ nato a _____ in data _____ e
residente a _____

che firmano in qualità di testimoni.

Addetto al Primo Soccorso _____

Addetto al Primo Soccorso _____

Testimone _____

Testimone _____

In Data _____

Firma Dichiarante
