

### **Allegato 3 REVOCA DELL'ADESIONE**

Adesione revocata in data |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Firma del/la Paziente \_\_\_\_\_

Firma Genitore \_\_\_\_\_

Firma Genitore \_\_\_\_\_

Firma Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno riferito ad atti sanitari del  
paziente\*\*

Firma del Medico \_\_\_\_\_

NOTE (Specificare motivo della revoca)

---

---

Il presente documento deve essere conservato in allegato alla documentazione del  
paziente.

\*Allegare la documentazione probante.