

## DICHIARAZIONE di CONSENSO / RINUNCIA alla CONSULENZA PSICOLOGICA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### DICHIARO

- di essere stato informato/a in maniera dettagliata sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita, sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro (Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita art 7 – legge n. 40/2004 Linee guida 2015)
- di essere stato informato/a sulla possibilità di ricorrere a procedure di adozione o affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983 e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita.

Per ricevuta informazione

\_\_\_\_\_

### DICHIARO

- di voler accedere al servizio di Consulenza Psicologica offerto da codesto Centro.
- di NON voler accedere al servizio di Consulenza Psicologica offerto da codesto Centro.

- inoltre di essere stato informato/a della possibilità di modificare tale posizione in qualsiasi momento e di poter accedere al servizio di consulenza psicologica sia a livello individuale che di coppia.

FIRMA

\_\_\_\_\_

### AUTORIZZO

Codesto Centro ad utilizzare i dati da me forniti secondo il decreto legislativo n. 196 del 30/06/2003 e GDPR 25/05/2018 per le esclusive finalità relative al trattamento di procreazione medicalmente assistita.

FIRMA

\_\_\_\_\_

Psicologo

Medico Specialista

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_