



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

**Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori**

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Oggetto: nulla òsta

Il sottoscritto  fornisce il proprio consenso di impiego dei dati clinici in forma del tutto anonima del proprio familiare (sorella)  nata

Ho compreso che le informazioni saranno pubblicate senza apporre il nome del mio familiare e saranno pertanto del tutto anonimi. E' stata offerta ma possibilità di leggere il manoscritto.

07/03/2018

