

avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

Quindi, consapevolmente **Acconsento** al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità. **Autorizzo** inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato. **Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi Istopatologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico. Inoltre **Acconsento** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste insieme ai miei dati vengano utilizzati in ambito medico e scientifico, anche per pubblicazioni scientifiche nel completo riserbo della mia privacy.

Data 27/03/2022