



**MODULO DI ACQUISIZIONE DEL  
CONSENSO INFORMATO**

**DATI RELATIVI AL/LA PAZIENTE**

COGNOME \_ARONNE\_ NOME \_MARIA TERESA\_

DATA DI NASCITA \_18/08/54\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ LOCRI \_(RC)\_

UNITA OPERATIVA \_ONCOLOGIA MEDICA\_

Diagnosi o indirizzo diagnostico:

TUMORE STROMALE

GASTROINTESTINALE

Acconsento affinché la mia storia clinica e le immagini relative alla mia patologia oncologica vengano utilizzate per scopi inerenti alla ricerca e alla condivisione scientifica.

EVENTUALI ANNOTAZIONI:

Firma del/la paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere)

*Maria Teresa Aronne*

Dott. SALATI MASSIMILIANO  
C. F. SLT MSM 88B14 B819W  
Medico in Formazione Specialistica  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena  
ONCOLOGIA

Data 14/10/2016 Firma e timbro del Medico

*[Firma]*