
Modulo di adesione al programma EOC di screening del tumore coloretale

Dati anagrafici

Nome: Cognome:
Data di nascita: Cognome da nubile:
Sesso: F M
Peso: Altezza:

Indirizzo

Via e numero civico:
CAP: Località:
Recapito telefonico:
Indirizzo di posta elettronica:

Dati assicurativi

Assicuratore malattia:
Numero assicurato:

Medico curante

Nome: Cognome:
Via e numero civico:
CAP: Località:

Dichiaro di essere stata/o informata/o in merito al programma EOC di screening del tumore coloretale, anche rispetto ai potenziali benefici e limiti delle procedure. Autorizzo lo scambio di informazioni tra il mio medico curante e i medici coinvolti nel programma EOC di screening (responsabile medico, gastroenterologi EOC), nel rispetto della confidenzialità. Autorizzo a contattarmi telefonicamente per eventuali comunicazioni o richieste di informazioni supplementari.

Data: Firma:

Una volta compilato il documento, la invitiamo a inviarlo per posta utilizzando la busta allegata