

La sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di voler eseguire il Test Prenatale Non Invasivo (NIPT) nonostante la settimana di gestazione avanzata

( \_\_\_\_\_ ), avendone già discusso con il Dr. \_\_\_\_\_ .

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessata \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico specialista che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

REVOCA il consenso sopra riportato nei punti: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Validità doc fino a	Revisione	Data	Distribuito	Numero di pagina
23/05/2026	0	23/05/2023	Ufficio qualità	Pagina 1 di 1