



MODULO DI RINUNCIA ALL'INTERVENTO PSICOLOGICO

I sottoscritt _____

in servizio presso l'U.O. _____

in relazione all'evento accaduto in data _____

DICHIARA

di rinunciare all'intervento psicologico valutativo/preventivo offerto dal Servizio di Psicologia Ospedaliera.

Data _____

Firma _____