



ALLEGATO A

## 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 \_\_\_\_\_