

14. possibilità di crioconservazione dei gameti maschili e femminili:

a) consenso alla crioconservazione a mie spese dei gameti maschili: SI

NO

Firma.....

b) consenso alla crioconservazione a mie spese dei gameti femminili: SI

NO

Firma.....

15. costi economici dell'intera procedura (qualora si tratti di struttura privata autorizzata):

N.B. il testo dovrà essere predisposto dal medico responsabile della struttura

Quanto sopra considerato, si esprime consapevolmente la propria volontà di accedere alla tecnica di procreazione medicalmente assistita proposta che verrà applicata non prima di sette giorni dal rilascio della presente dichiarazione.

Data.....

Sig.(Firma)..... documento.....

Sig.ra (Firma)..... documento.....

Il medico che ha effettuato il colloquio.....

Il medico responsabile della struttura.....