



Rilascio di Informazioni

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____, in qualità di interessato al trattamento dei dati
personali

oppure [in caso di minore, di inabilità o di impedimento fisico]

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____, in qualità di
Genitore/Coniuge/Convivente/Prossimo Congiunto/Terzo Avente diritto¹

Autorizzazione Informazioni sullo stato di salute e ritiro referti

Autorizzo a fornire notizie relative alla mia salute e/o a ritirare referti o risultati diagnostici

- Nessuno
 Familiare² (nome e cognome) _____
 Medico curante (nome e cognome) _____
 Altro _____

Formula di sottoscrizione per non rendere nota la presenza in reparto

Si informa che, nell'ipotesi in cui si preferisca non rendere noto ai parenti o ad altri richiedenti la propria situazione di ricoverato, l'Azienda si impegna a non fornire tale informazione.

A tale scopo è necessario sottoscrivere la seguente dichiarazione:

Il/La sottoscritto/a _____ chiede che non venga resa nota
la propria presenza in questa struttura a³ _____

Firma leggibile del paziente _____

Firma leggibile del medico incaricato _____

La presente autorizzazione ha validità relativamente al singolo evento.

Luogo e Data _____

Firma dell'Interessato _____

¹ Barrare la voce corrispondente

² Previa esibizione di un documento di identità che ne attesti la corrispondenza

³ Indicare, se necessario, uno o più nominativi

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio _____ del PO _____

Ambulatorio di _____ del Distretto _____

Data _____

Operatore _____ (firma) _____

Note _____

