



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale: Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvc.o.it - www.aslvc.o.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**All. n. 4 Autorizzazione alla comunicazione dei dati sensibili**

**AUTORIZZAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In qualità di (barrare l'opzione confacente)

paziente

Legale Rappresentante del paziente Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA IL PERSONALE DELL'A.S.L. V.C.O. A COMUNICARE INFORMAZIONI DI NATURA  
SANITARIA RIGUARDANTI:**

(barrare la voce che interessa)

solo al sottoscritto/a

ai **familiari** che ne facciano richiesta, e specificamente:

- coniuge
- figli
- genitori
- parente fino a 4° grado
- affini fino a 2° grado
- convivente

a chiunque ne faccia richiesta

agli operatori CAVS di \_\_\_\_\_

al medico curante

solo alle persone di seguito indicate:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**N.B.** In caso di ricovero, inoltre, Le ricordiamo che il nostro personale del centralino e di reparto confermerà la Sua presenza in ospedale alle persone che chiedono di Lei (per consentire la comunicazione e/o la visita di parenti e conoscenti), **a meno che Lei non indichi nella riga che segue (barrando la casella corrispondente) il diniego a confermare a terzi la Sua presenza.**

**NON** desidero che la mia presenza in ospedale venga comunicata e/o confermata a terzi.

Data 21/07/2017

Firma leggibile del paziente (o del Legale  
Rappresentante)

\_\_\_\_\_