



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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

All. A4) alla deliberazione n. **1209** del **31 DICEMBRE 2018**

**Autorizzazione alla comunicazione di categorie particolari di dati a terzi (rif. artt. 9 e 10 GDPR)**

### 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 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 specificatamente: - coniuge
  - figli
  - genitori
  - parente fino al 4° grado
  - affini fino al 2° grado
  - convivente
- A chiunque ne faccia richiesta
- 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 o 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile del paziente (o del Legale Rappresentante)

 REGIONE  
PIEMONTE