



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 INORMAZIONI 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)

