

Unità Operativa _____

Comunicazioni sullo stato di salute

Gentile Utente,

l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello", in ottemperanza a quanto disposto in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, fornirà informazioni sulla Sua presenza presso questa struttura e sul Suo stato di salute solo a soggetti richiedenti da Lei autorizzati. Per tale motivo Le chiediamo di compilare il presente documento.

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a _____ Pr. _____ il _____

Ricoverato presso il reparto di _____

autorizza

non autorizza

- **a fornire informazioni circa la sua presenza nell'Unità Operativa**

FIRMA (LEGGIBILE) DELL'INTERESSATO

- **Autorizza a fornire informazioni sul proprio stato di salute**

solo ai soggetti di seguito elencati:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

non autorizzo la comunicazione dei dati relativi al mio stato di salute

Data _____

FIRMA (LEGGIBILE) DELL'INTERESSATO

FIRMA (LEGGIBILE) DELL'INCARICATO

Revisione anno 2023