



PRESIDIO OSPEDALIERO DI

Manifestazione di volontà alla comunicabilità dei propri dati personali

Allegato al Provvedimento del Direttore Generale N° 1251 del 27/10/2010

Il/La sottoscritt_ _____, ricoverato/a in data _____ presso il reparto di _____, richiede che:

- non vengano rilasciate notizie sulla dislocazione del suo attuale ricovero;
- le informazioni sul suo stato di salute vengano fornite alle seguenti persone:

	SI	NO	Telefono
Coniuge sig.			
Figli sig.ri			
Genitori			
Altri			

- In caso di emergenza venga informata almeno una delle seguenti persone:

	SI	NO	Telefono
Coniuge sig.			
Figli sig.ri			
Genitori			
Altri			

Luogo e data _____

Firma del paziente ricoverato _____

Il sottoscritto dott./sig . _____

dichiara che all'atto del ricovero data ____/____/____ ora _____

il/la sig./ra _____

Non è nelle condizioni psicofisiche idonee per poter sottoscrivere quanto sopra e non sono presenti soggetti legittimati ad agire in sua vece.

Data ____/____/____ Firma _____