



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Sede Legale: Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel: +39 0172 -1401111

e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)  
sito aziendale: [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

## Formulário de consentimento para mediação linguística

Nome e sobrenome:	
Código de identificação fiscal:	
Data e local de nascimento:	
Endereço residencial:	
Como:	<input type="checkbox"/> interessado
Ou como um:	<input type="checkbox"/> pai (representando a vontade de ambos os pais <sup>1</sup> ) <input type="checkbox"/> guardião/curador <input type="checkbox"/> administrador de suporte DE: _____, nacer _____, il _____, CF _____ <i>(Insira os dados do menor ou adulto que está incapacitado ou necessita de assistência)</i>

### Informações sobre privacidade (GDPR)

Li a política de privacidade (Artigo 13 do RGPD) fornecida pela ASL CN2, disponível nos escritórios da ASL e no site.

### Serviço de interpretação

- Quero utilizar o serviço de interpretação presencial.
- Gostaria de utilizar o serviço de interpretação remota (por telefone ou vídeo) e autorizar a gravação da chamada ou videochamada. A gravação é obrigatória: sem autorização, o serviço de interpretação não pode ser ativado. O atendimento médico continua garantido.

### Informações para familiares ou acompanhantes

- Autorizo os profissionais de saúde a informar meus acompanhantes:
- sobre meu estado de saúde (ou o da pessoa que represento)
  - sobre os testes, diagnóstico e tratamentos necessários

Em particular, autorizo você a informar o Sr./Sra

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Os pais assumem a responsabilidade pela veracidade das declarações feitas.