



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
sito aziendale: www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Формуляр за съгласие за езикова медиация (Modulo di consenso per la mediazione linguistica)

Име и фамилия:	
Данъчен идентификационен код:	
Дата и място на раждане:	
Адрес на жилище:	
Като:	<input type="checkbox"/> заинтересован
Или като:	<input type="checkbox"/> родител (представляващ волята и на двамата родители ¹) <input type="checkbox"/> настойник/куратор <input type="checkbox"/> администратор на поддръжката
ОТ:	_____ роден _____, il _____, CF _____
<i>(Въведете данните на непълнолетния или пълнолетния, който е недееспособен или е подпомогнат)</i>	
Информация за поверителност (GDPR)	
Прочетох политиката за поверителност (член 13 от GDPR), предоставена от ASL CN2, която е достъпна в офисите на ASL и на уебсайта.	
Устни преводачески услуги	
<input type="checkbox"/> Искам да използвам услугата за превод присъствено	
<input type="checkbox"/> Бих искал/а да използвам услугата за дистанционен превод (по телефон или видео) и да разреша записването на разговора или видеообаждането. Записването е необходимо: без разрешение услугата за превод не може да бъде активирана. Здравното осигуряване е гарантирано.	
Информация за членове на семейството или придружители	
<input type="checkbox"/> Упълномощавам здравния персонал да информира моите придружители:	
<ul style="list-style-type: none">• относно моето здравословно състояние (или това на лицето, което представлявам)• относно изследванията, диагнозата и необходимите лечения	
По-специално, Ви упълномощавам да информирате г-н/г-жа.	

Luogo e data _____

Firma _____

¹ Родителят поема отговорност за истинността на направените декларации