



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

Formular de consimțământ pentru mediere lingvistică

Nume și prenume:	
Cod de identificare fiscală:	
Data și locul nașterii:	
Adresă de domiciliu:	
Ca:	<input type="checkbox"/> interesat
Sau ca un/o:	<input type="checkbox"/> părinte (reprezentând voința ambilor părinți ¹) <input type="checkbox"/> tutore/curator <input type="checkbox"/> administrator de asistență
DIN:	_____
născut	_____
il	_____, CF _____
<i>(Introduceți datele minorului sau adultului aflat în incapacitate sau asistat)</i>	

Informații despre confidențialitate (GDPR)

Am citit politica de confidențialitate (Articolul 13 GDPR) furnizată de ASL CN2, disponibilă la sediile ASL și pe site-ul web.

Serviciu de interpretare

Doresc să utilizez serviciul de interpretariat față în față

Aș dori să utilizez serviciul de interpretariat la distanță (telefonic sau video) și să autorizez înregistrarea apelului sau a apelului video. Înregistrarea este necesară: fără autorizare, serviciul de interpretariat nu poate fi activat. Asistența medicală este în continuare garantată.

Informații pentru membrii familiei sau însoțitori

Autorizez personalul medical să-mi informeze însoțitorii:

- privind starea mea de sănătate (sau a persoanei pe care o reprezint)
- privind testele, diagnosticul și tratamentele necesare

În special, vă autorizez să îmi informați pe domnul/doamna.

Luogo e data _____

Firma _____

¹ Părintele își asumă responsabilitatea pentru veridicitatea declarațiilor făcute