



**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

## Formulaire de consentement pour la médiation linguistique

Nom et prénom:	
Code d'identification fiscale:	
Date et lieu de naissance:	
adresse résidentielle:	
Comme:	<input type="checkbox"/> intéressé
Ou comme un:	<input type="checkbox"/> parent (représentant la volonté des deux parents <sup>1</sup> ) <input type="checkbox"/> gardien/conservateur <input type="checkbox"/> administrateur de support
DE:	_____
né	_____
il	_____, CF _____
(Saisissez les données du mineur ou de l'adulte incapable ou sous assistance.)	

### Informations sur la confidentialité (GDPR)

J'ai pris connaissance de la politique de confidentialité (article 13 du RGPD) fournie par ASL CN2, disponible dans les bureaux d'ASL et sur son site web.

### Service d'interprétation

- Je souhaite utiliser le service d'interprétation en présentiel
- Je souhaite utiliser le service d'interprétation à distance (téléphone ou visioconférence) et autoriser l'enregistrement de l'appel. L'enregistrement est obligatoire : sans autorisation, le service d'interprétation ne peut être activé. La prise en charge médicale est assurée.

### Informations destinées aux membres de la famille ou aux accompagnateurs

- J'autorise le personnel soignant à informer mes accompagnateurs:
- sur mon état de santé (ou celui de la personne que je représente)
  - sur les tests, le diagnostic et les traitements nécessaires

En particulier, je vous autorise à informer M./Mme.

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

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Le parent assume la responsabilité de la véracité des déclarations faites