



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

Форма згоди на лінгвістичну медіацію (Modulo di consenso per la mediazione linguistica)

Ім'я та прізвище:	
Ідентифікаційний код платника податків:	
Дата та місце народження:	
Адреса проживання:	
Як:	<input type="checkbox"/> зацікавлений
Або як:	<input type="checkbox"/> батько (той, хто представляє волю обох батьків ¹)
	<input type="checkbox"/> опікун/куратор
	<input type="checkbox"/> адміністратор служби підтримки
ВІД:	_____ :
	_____ ,
народжений	_____ ,
il _____	, CF _____
<i>(Введіть дані неповнолітнього або дорослого, який є недієздатним або якому надається допомога)</i>	

Інформація про конфіденційність (GDPR)

Я ознайомився(-лася) з політикою конфіденційності (стаття 13 GDPR), наданою ASL CN2, яка доступна в офісах ASL та на вебсайті.

Послуги усного перекладу

- Я хочу скористатися послугою особистого усного перекладу
- Я хотів(ла) би скористатися послугою дистанційного перекладу (телефоном або відео) та дозволити запис дзвінка або відеодзвінка. Запис потрібен: без дозволу послугу перекладу неможливо активувати. Медичне обслуговування все ще гарантовано.

Інформація для членів сім'ї або супроводжуючих осіб

- Я уповноважую медичний персонал повідомити моїх супроводжуючих:
- щодо стану мого здоров'я (або здоров'я особи, яку я представляю)
 - щодо аналізів, діагнозу та необхідного лікування

Зокрема, я уповноважую Вас повідомити пана/пані.

Luogo e data _____

Firma _____

¹ Батьки несе відповідальність за правдивість зроблених заяв