



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

Formulari i pëlqimit për ndërmjetësimin gjuhësor

Emri dhe mbiemri:	
Kodi i identifikimit tatimor:	
Data dhe vendi i lindjes:	
Adresa e banimit:	
si:	<input type="checkbox"/> i interesuar
Oppure in qualità di:	<input type="checkbox"/> prind (që përfaqëson vullnetin e të dy prindërve ¹) <input type="checkbox"/> kujdestar/kurator <input type="checkbox"/> administrator mbështetjeje
DI:	_____
i lindur	_____
il	_____, CF _____
(Vendosni të dhënat e të miturit ose të rriturit që është i paaftë ose i asistuar)	

Informacion mbi privatësinë (GDPR)

E kam lexuar politikën e privatësisë (Neni 13 i GDPR-së) të ofruar nga ASL CN2, e cila është e disponueshme në ambientet e ASL-së dhe në faqen e saj të internetit.

Shërbim përkthimi

Dua të përdor shërbimin e përkthimit personalisht

Do të doja të përdorja shërbimin e përkthimit në distancë (telefon ose video) dhe të autorizoja regjistrimin e thirrjes ose video-thirrjes. Regjistrimi është i detyrueshëm: pa autorizim, shërbimi i përkthimit nuk mund të aktivizohet. Kujdesi shëndetësor është ende i garantuar.

Informacion për anëtarët e familjes ose shoqëruesit

Unë autorizoj personelin shëndetësor që të informojë shoqëruesit e mi:

- mbi gjendjen time shëndetësore (ose atë të personit që unë përfaqësoj)
- mbi testet, diagnozën dhe trajtimet e nevojshme

Në veçanti, ju autorizoj të informoni z.

Luogo e data _____

Firma _____

¹ (Prindi merr përgjegjësinë për vërtetësinë e deklaratave të bëra)