



**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

## Formulario de consentimiento para mediación lingüística

Nombre y apellido:	
Código de identificación fiscal:	
Fecha y lugar de nacimiento:	
Dirección residencial:	
Como:	<input type="checkbox"/> interesado
O como un:	<input type="checkbox"/> padre (que representa la voluntad de ambos padres <sup>1</sup> ) <input type="checkbox"/> tutor/curador <input type="checkbox"/> administrador de soporte
DE:	_____
nacido	_____
il	_____, CF _____
<i>(Ingrese los datos del menor o adulto que se encuentra incapacitado o asistido)</i>	

### Información de privacidad (GDPR)

He leído la política de privacidad (artículo 13 del RGPD) proporcionada por ASL CN2, disponible en las oficinas de ASL y en el sitio web.

### Servicio de interpretación

Quiero utilizar el servicio de interpretación presencial

Me gustaría utilizar el servicio de interpretación remota (teléfono o videollamada) y autorizar la grabación de la llamada o videollamada. Se requiere la grabación: sin autorización, no se puede activar el servicio de interpretación. La atención médica sigue garantizada.

### Información para familiares o acompañantes

Autorizo al personal sanitario a informar a mis acompañantes:

- sobre mi estado de salud (o el de la persona a la que represento)
- sobre las pruebas, diagnóstico y tratamientos necesarios

En particular, le autorizo a informar al Sr./Sra.

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

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> El padre asume la responsabilidad de la veracidad de las declaraciones realizadas