Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

ricoverato presso la Nuova Casa di Cura Sant'Anna dal _____ a conoscenza di quanto disposto dalla normativa vigente sulla tutela dei dati sanitari,

AUTORIZZA

il/la Sig _____ _____

(Cognome) (Nome)

nato/a _____ il _____

A DARE SI NO E RICEVERE SI NO

informazioni riguardanti il suo stato di salute.

Altresì

AUTORIZZA

la Casa di Cura a fornire informazioni a terzi richiedenti, legittimati e non, circa il proprio ricovero e il reparto di degenza.

SI NO

Data _____

Firma _____

Documento di proprietà della Nuova Casa di Cura Sant'Anna srl - Clinica Privata Accreditata.
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.