

	Direzione Sanitaria DICHIARAZIONE DI TRADUZIONE A PAZIENTI STRANIERI	Mod. 0070	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>paz. stranieri</i>	
		Rev. 00	del 25/11/2025

In data _____ il sig./ra _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

dichiara di aver illustrato

Al/alla sig./sig.ra ra _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

non in grado di comprendere la lingua italiana, il contenuto dei consensi informati relativi alla visita o all'esame diagnostico o all'intervento chirurgico cui deve essere sottoposto/a.

Il/La paziente dichiara che, dopo la traduzione, ha compreso il contenuto dei consensi informati e li ha firmati con consapevolezza.

Firma dell'accompagnatore

Firma del paziente

ALLEGATO: copia documento di colui/colei che accompagna e traduce.

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	