Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

ricoverato presso la Casa di Cura Città di Bra 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 Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Convenzionata.
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.