

Permanenza in ospedale fuori orario di visita: richiesta di autorizzazione

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

il familiare

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

il genitore (con la potestà legale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

il tutore

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

ricoverato/a presso l'ospedale di (specificare il comune)

nel reparto di

CHIEDO

► l'autorizzazione a rimanere accanto al mio familiare fuori orario di visita

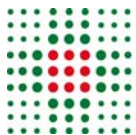
barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

per me

per le persone (una sola persona per volta) qui indicate:

Nome e Cognome	Relazione*

*Relazione: F=Familiare, V=Volontario, P.I.=Persona Incaricata



DICHIARO DI

- sapere che l'assistenza è garantita dal personale dell'ospedale e che non è necessaria la presenza di altre persone accanto al mio familiare
- sapere che c'è l'obbligo di allontanarsi dalla stanza di degenza quando il personale lo chiede
- avere informato anche le altre persone indicate su questi punti

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL di Modena.

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Si autorizza la presenza per i seguenti motivi:

- paziente non collaborante e con agitazione psicomotoria
- paziente con comportamento dannoso verso se stesso
- paziente in condizioni critiche con bisogno di conforto

dal _____ al _____ (periodo non superiore a 7 giorni)

dalle ore _____ alle ore _____

data _____ firma e timbro (Il Coordinatore infermieristico)