



Regione
Lombardia

ASL Lodi

AUTORIZZAZIONE COMUNICAZIONE STATO DI SALUTE A TERZI

Il/la sottoscritto/a consente che sia data comunicazione in merito al proprio stato di salute alle sotto indicate persone, essendo consapevole che, in caso di mancata compilazione del presente riquadro, non potrà essere data alcuna informazione sullo stato di salute a terzi.

- Al medico curante Dott. _____ tel. _____
- Ai familiari
- A parenti/amici
- Al Sig./ra _____ tel. _____
- Al Sig./ra _____ tel. _____

Particolari indicazioni:

Inoltre Acconsente Rifiuta

che sia data notizia del suo ricovero presso la struttura a chi ne faccia richiesta

Data ____/____/____ Firma leggibile _____

Il Sottoscritto Dott. _____

dichiara che all'atto del ricovero data ____/____/____ ora _____

Il/La Sig./ra _____

Non è nelle condizioni psicofisiche idonee per poter sottoscrivere quanto sopra

Data ____/____/____ Firma _____