

ASReM Campobasso
PRESIDIO OSPEDALIERO

Manifestazione di volontà alla comunicabilità di propri dati personali

Il/La sottoscritt_ _____, ricoverato/a in data _____
presso il reparto _____, richiede che:

- non vengano rilasciate notizie sulla dislocazione del suo attuale ricovero;
- le informazioni sul suo stato di salute vengano fornite alle seguenti persone:

	SI	NO	Telefono
Coniuge sig.			
Figli sig.ri			
Genitori			
Altri			

- In caso di emergenza venga informata almeno una delle seguenti persone:

	SI	NO	Telefono
Coniuge sig.			
Figli sig.ri			
Genitori			
Altri			

luogo, _____

Il paziente ricoverato
