

Allegato 2 ADESIONE DEL/LA PAZIENTE AL SERVIZIO DI TELEVISITA

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome in stampatello)

Nato/a a _____ Il ____/____/____

CF: _____

Indirizzo email _____

Telefono: _____

Oppure in caso di paziente minore/incapace/interdetto/parzialmente impossibilitato ad esprimere la propria volontà

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome in stampatello)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome in stampatello)

In qualità di Genitori Tutore Curatore Amministratore di sostegno riferito ad atti sanitari del paziente*

Nato/a

a _____ Il _____

CF: _____

Nato/a

a _____ Il _____

CF: _____

Indirizzo mail* _____

Telefono: _____

* Allegare la documentazione probante.

DICHIARA

- di aver compreso quanto riportato nella informativa (Allegato 1) e nel documento istruzioni per il paziente per il collegamento al televisita
- di aver avuto la possibilità di ricevere delucidazioni e maggiori informazioni riguardo la televisita, oltre quanto riportato nella informativa e nel documento istruzioni per il paziente per il collegamento alla televisita (ES. _____)
- DI ACCETTARE LA TELEVISITA
- DI NON ACCETTARE LA TELEVISITA

Data ___/___/___ Firma del/la paziente _____

Data ___/___/___ Firma Genitore _____

Data ___/___/___ Firma Genitore _____

Data ___/___/___ Firma Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno riferito ad atti sanitari del paziente*

Cognome e nome del Medico che ha fornito le informazioni:

Data ___/___/___ Firma e Timbro del Medico _____