

Allegato 2

Alla luce delle informazioni ricevute, il/la paziente attesta che:

- Ha richiesto di mantenere l'anonimato a tutto il processo di cura effettuato presso la struttura, essendo tuttavia a conoscenza che le esatte coordinate anagrafiche collegate all'anonimato resteranno conservate in busta chiusa in custodia della Direzione Sanitaria della struttura stessa, rimanendo impenetrabili a terzi mediante opposizione del segreto professionale.
- Ha compreso che per effetto dell'accettazione della richiesta, una volta anonimizzata la cartella clinica di ricovero o ambulatoriale nelle forme di ANONIMO MASCHIO/FEMMINA, nessun dato relativo alla sua identità verrà trascritto all'interno di tali documenti sanitari né reso noto, salvo diversa successiva dichiarazione di volontà a tal fine intervenuta in corso di ricovero e esplicitata al personale sanitario dallo/dalla stesso/stessa prima della chiusura della prestazione sanitaria di ricovero o di ambulatorio.

Firma del /della paziente		
Firma dell'operatore che ha raccolto la richiesta		
<p>PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)</p> <p>Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.</p>		
Nome e cognome ed estremi del documento mediatore culturale		
FIRMA		
Data e ora di acquisizione del modulo	Data ___/___/____ Ora ___:___	