

# Passaggi S.r.l.

SEDE LEGALE : Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28 - SEDE AMMINISTRATIVA : Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111

SEDI OPERATIVE : ORICOLA (AQ) Via Tiburtina Valeria Km. 68,200 - CARSOLI (AQ) Via Colle Farola, s.n.c.

## MODULO PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO ESPRESSO DAL DELEGATO – PERSONA CAPACE

STRUTTURA : \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (cognome e nome) nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di identità : \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

In qualità di DELEGATO del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

ACCETTO liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata.

NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto alle cure che può comportare anche (specificare) : \_\_\_\_\_

DICHIARO, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

• Firma del delegato \_\_\_\_\_

• Firma del medico \_\_\_\_\_

• Firma degli operatori presenti \_\_\_\_\_

### PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso ed 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 al medico le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome e cognome ed estremi documento del mediatore culturale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

• Lì, (luogo, data e ora di acquisizione del consenso) : \_\_\_\_\_