



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
VIA MAZZINI, 1 - 91100 TRAPANI
TEL. (0923) 806111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale - P. IVA 02383290815

U.O. CURE PALLIATIVE / HOSPICE

CONSENSO INFORMATO

Sono a conoscenza delle finalità assistenziali e terapeutiche dell'Assistenza domiciliare Cure Palliative realizzata dall'ASP n°9 di Trapani e ne accetto il programma operativo che mi è stato comunicato.

Visto altresì il Codice della Privacy Decreto Legislativo n°196 del 30/06/2013, vista la Legge n°15 del 2005, dichiaro di autorizzare gli operatori delle Associazioni Onlus incaricate per l'Assistenza Domiciliare Cure Palliative a detenere copia della documentazione sanitaria, trasferirla presso la Centrale Operativa incaricata dell'assistenza, trasferire i dati personali e sanitari del paziente su supporto magnetico per fini di elaborazione statistica e di archiviazione.

Si rilascia il pieno consenso informato all'assistenza domiciliare da effettuarsi secondo il programma operativo stabilito dalla Unità Valutativa distrettuale.

Data

Firma

Grado di parentela

- Moglie
- Marito
- Figlio/a

SALEMI

Dot. Gaspare Elpari