



Richiesta di autorizzazione per la permanenza nella struttura di ricovero al fine di svolgere assistenza continua personalizzata non sanitaria

Il sottoscritto

familiare del ricoverato

Consapevole che il rapporto che intercorre tra il paziente ed il personale addetto all'assistenza continua personalizzata non sanitaria è assolutamente privistico, per cui l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma declina ogni responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza continua personalizzata non sanitaria prestata da parte di familiari, persone di fiducia (comprese assistenti familiari che intrattengono già un rapporto diretto con la famiglia del paziente), associazioni di volontariato, cooperative, agenzie e imprese anche individuali, in favore delle persone ricoverate

CHIEDE

l'autorizzazione a rimanere accanto al proprio congiunto o a delegare altre persone, anche al di fuori dei normali orari di visita.

A tal fine dichiara di essere consapevole che l'assistenza è garantita dal personale della struttura ospedaliera e che tale personale può chiedere in qualunque momento l'allontanamento temporaneo di chiunque dall'Unità Operativa o dalla stanza di degenza del paziente.

Chiede siano autorizzate a rimanere singolarmente le seguenti persone:

(elencare le persone per le quali si chiede l'autorizzazione specificando la relazione):

..... Cognome Nome	<input type="checkbox"/> familiare (parente o affine) <input type="checkbox"/> persona di fiducia <input type="checkbox"/> operatore di <small>(indicare Associazione/Agenzia/ Cooperativa/Impresa di appartenenza)</small>
..... Cognome Nome	<input type="checkbox"/> familiare (parente o affine) <input type="checkbox"/> persona di fiducia <input type="checkbox"/> operatore di <small>(indicare Associazione/Agenzia/ Cooperativa/Impresa di appartenenza)</small>
..... Cognome Nome	<input type="checkbox"/> familiare (parente o affine) <input type="checkbox"/> persona di fiducia <input type="checkbox"/> operatore di <small>(indicare Associazione/Agenzia/ Cooperativa/Impresa di appartenenza)</small>

INFORMATIVA DECRETO LEGISLATIVO 196/2003 (PRIVACY)

- I dati saranno utilizzati esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da lei formulata e per le finalità strettamente connesse.
- Il trattamento viene effettuato, sia con strumenti cartacei che elettronici a disposizione degli uffici, solo dal personale incaricato.
- I dati non verranno comunicati a terzi né diffusi.
- Il conferimento dei dati è obbligatorio.
- La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è l'esclusione dalla procedura.
- L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

Data Firma del richiedente

Spazio riservato al personale dell'Unità Operativa

SI AUTORIZZA per il periodo dal al

NON SI AUTORIZZA per il seguente motivo

Data Il Personale Sanitario

La presente autorizzazione stampata in fronte e retro con le norme comportamentali cui le persone che prestano assistenza continua personalizzata non sanitaria devono attenersi, viene rilasciata in copia al richiedente e conservata in originale in cartella clinica.