

Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

PRESIDIO OSPEDALIERO _____

UNITÀ OPERATIVA _____

Consenso all'intervento del mediatore culturale

Io sottoscritto/a _____ acconsento

- **all'intervento del mediatore culturale, che è tenuto al segreto sulle informazioni che mi riguardano, per tradurre la mia lingua e facilitare gli operatori sanitari nel prendersi cura di me.**

SÌ ☐

NO ☐

- **ad informare i miei familiari/accompagnatori sul mio stato di salute e sulle eventuali necessità di diagnosi e cura**

SÌ ☐

NO ☐

- **Se SÌ:**

acconsento ad informare il/la sig. _____

grado di parentela _____

DATA _____

FIRMA _____