

RICHIESTA ANONIMATO

Gentile Paziente,

qualora Lei desideri mantenere l'anonimato sulla sua presenza presso la nostra struttura,
La preghiamo di compilare questo modulo.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
(cognome e nome in stampatello) (data di nascita)

Chiede che venga mantenuto l'anonimato sul suo ricovero.

(data)

(firma leggibile del Paziente)

NOTA: trasmettere con urgenza copia alla Direzione Sanitaria ed al Servizio
Accoglienza.