

**EMERGENZA CORONAVIRUS**  
**AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI  
SALUTE A SOGGETTI TERZI**  
(per i pazienti del Pronto Soccorso)

Ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'08.03.2020 in materia di "Misure per il contrasto e il contenimento sull'intero territorio nazionale del diffondersi del virus COVID-19" (art. 2 lettera P), è fatto divieto agli accompagnatori dei pazienti di permanere nelle sale di attesa dei dipartimenti emergenze e accettazione e del Pronto Soccorso (DEA/PS), salve specifiche diverse indicazioni del personale sanitario preposto.

In considerazione di quanto sopra, i colloqui con il personale medico di Pronto Soccorso avverranno solo telefonticamente. Le chiediamo pertanto di compilare il presente modulo al fine di poter informare, qualora Lei lo consenta, i Suoi cari in merito al Suo stato di salute.

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

☐ in proprio

☐ in qualità di:

➤ in caso di minore: genitore, esercente la responsabilità genitoriale sul minore

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

➤ in caso di soggetto incapace: rappresentante legale (tutore, amministratore di sostegno, ecc.) di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

- di aver letto e compreso l'informativa ex artt. 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679 fornita dall'Azienda/Ente/Istituto;

- (in caso di minore) di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore a fornire la presente autorizzazione

☐ autorizzo l'Azienda/Ente/Istituto a fornire informazioni TELEFONICHE circa il mio stato di salute alla/e persona/e di seguito specificata/e:

NOME E COGNOME	TIPO/GRADO DI RELAZIONE (coniuge, figlio, conoscente)	RECAPITI TELEFONICI

☐ non autorizzo l'Azienda/Ente/Istituto a fornire informazioni circa il mio stato di salute

\_\_\_\_\_  
[Luogo e data]

\_\_\_\_\_  
[Firma dell'interessato o del genitore o del rappresentante legale]