

Dichiarazione del/della paziente o degli aventi causa del/della paziente

Il sottoscritto/La sottoscritta paziente rispettivamente il sottoscritto comune procuratore/la sottoscritta comune procuratrice degli aventi causa del/della paziente

dichiara

- a) la sua disponibilità a voler partecipare attivamente al procedimento davanti alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario;
- b) di esonerare esplicitamente il personale sanitario e eventualmente i responsabili della struttura sanitaria dal dovere del segreto professionale nei confronti della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario e della segreteria, del consulente tecnico/della consulente tecnica della Commissione conciliativa eventualmente nominato/a, e, se del caso, del Servizio di Medicina legale o della Direzione sanitaria nonché dei funzionari amministrativi dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige che trattano il caso o dei corrispondenti uffici della struttura sanitaria privata coinvolta;
- c) di autorizzare con la presente il personale sanitario e la struttura sanitaria eventualmente coinvolta a trasmettere alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità in ambito sanitario, anche su sua richiesta, tutta la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie erogate a favore del/della paziente che sono oggetto del procedimento conciliativo;
- d) di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali ricevute dal/dalla richiedente e di autorizzare espressamente la fornitura e la raccolta nonché la comunicazione dei dati anche sensibili ai destinatari dei dati indicati nelle informazioni;
- e) di autorizzare rifiutare

l'utilizzo delle informazioni relative al fatto che sta alla base del procedimento davanti alla Commissione conciliativa, in forma del tutto anonima e al solo fine di promuovere la conoscenza dell'organismo conciliativo istituito dalla Provincia autonoma di Bolzano.

Solo in caso di autorizzazione sia da parte del/della richiedente sia da parte del/della paziente o degli aventi causa del/della paziente tali informazioni potranno per esempio essere oggetto di comunicazione/pubblicazione in occasione di congressi o in giornali e riviste.

Il/La paziente
Il procuratore/La procuratrice degli aventi causa
del/della paziente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

.....
Firma