

Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

(Bangla)

হাসপাতাল কেন্দ্র _____

বডিগ _____

কালচারাল মডেলিটের এর কাজে সম্মতি

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী _____ সম্মত দিচ্ছি

- কালচারাল মডেলিটের(অনুবাদক) এর কাজে যাহাতে আমার গোপনীয়তা বজায় থাকবে এবং আমাদেবে দশীয় ভাষায় অনুবাদ করায় স্বাস্থ্য সবেকদবে কাজেও সুবডি হবে

হ্যাঁ ☐

না ☐

- আমার পরিবার/সহযোগীকে আমার শারীরিক অবস্থা এবং প্রয়োজনীয় রোগ নির্নয় ও চিকিৎসা ব্যবস্থা গ্রহনবে কথা জানাবনে

হ্যাঁ ☐

না ☐

- যদি হ্যাঁ হয়ঃ

সম্মতি দিচ্ছি জনাব _____ কে

জানানোর জন্য

আত্মীয়তার সম্পর্ক _____

তারিখ _____

স্বাক্ষর _____