

Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

UNITÀ OPERATIVA / ODDZIAŁ _____

ZGODA NA SKORZYSTANIE Z USŁUG POŚREDNIKA INTERKULTURALNEGO

Consenso all'intervento del mediatore culturale

(polacco)

Ja niżej podpisany _____ **zezwalam**
Io sottoscritto/a _____ acconsento

- **na skorzystanie z usług pośrednika interkulturalnego (mediatore interculturale), który zobowiązany jest do zachowania tajemnicy co do informacji dotyczących mojej osoby, Wyrażam także zgodę, aby mediator dokonał tłumaczeń w moim ojczystym języku ułatwiając personelowi służby zdrowia moje leczenie.**
(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)

TAK/SI []

NIE/NO []

- **zgadzam się też na poinformowanie mojej rodziny /towarzyszających mi osób o moim stanie zdrowia o moich ewentualnych potrzebach i o mojej diagnozie i leczeniu.**
(ad informare i miei familiari/accompagnatori sul mio stato di salute e sulle eventuali necessità di diagnosi e cura)

TAK/SI []

NIE/NO []

- **Jesli TAK:zgadzam się na poinformowanie pana/pani _____ stopień pokrewieństwa _____**
(se sì:acconsento ad informare il/la sig./a _____ grado di parentela _____)

Data/data _____

Podpis/firma _____

Jeśli pacjent jest analfabetą mediator zaświadcza, że poinformował pana/panią o treści kwestionariusza.

Se il paziente è analfabeta il mediatore certifica di aver informato il/la sig. _____ del contenuto di questo foglio

Podpis mediatora

FIRMA DEL MEDIATORE _____

Podpis

FIRMA DEL SANITARIO _____