

Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

UNITÀ OPERATIVA _____

Kültürlerarası uzmanın müdahalesine ortak görüşü

Consenso all'intervento del mediatore culturale

(turco)

Ben imza sahibi _____

Io sottoscritto/a acconsento

- 1 Dilimde tercüme etmek için ve bana bakan sağlık operatörlerini kolaylaştırmak için kültürlerarası uzmanın müdahalesini kabul ediyorum. Bu uzman kendime ilgili olarak danışmaları saklanmalıdır**

(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)

EVET/sì []

HAYIR /no []

- 2 Ailemden olanlara/refakatçilerime sağlık durumum ve mümkün teşhis ya da tedavi ihtiyaçlarım üzerine bilgi vermeyi kabul ediyorum**

(ad informare i miei familiari/accompagnatori sul mio stato di salute e sulle eventuali necessità di diagnosi e cura)

EVET /sì []

HAYIR /no []

- 3 EVET ise:**

Se sì:

ben bey/bayana bildirmeyi kabul ediyorum _____

acconsento ad informare il/la sig./a

akrabalık derecesi _____

grado di parentela

TARİH _____

Data

İMZA _____

Firma