

Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

UNITÀ OPERATIVA/ ОТДЕЛЕНИЕ _____

Согласие на участие межкультурного посредника

Consenso all'intervento del mediatore culturale

(russo)

Я, нижеподписавшийся _____ даю согласие

Io sottoscritto/a _____ acconsento

- **на участие межкультурного посредника, который обязан не разглашать информацию, меня касающуюся, для перевода и облегчения медицинским работникам моего лечения; /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;**

ДА/SI []

НЕТ/NO []

- **на информирование моих родственников/сопровождающих о моем состоянии здоровья и о возможной необходимой диагностике и лечении /ad informare i miei famigliari/accompagnatori sul mio stato di salute e sulle eventuali necessità di diagnosi e cura**

ДА/SI []

НЕТ/NO []

- **Если Да: разрешаю информировать господина/госпожу _____ степень родства _____**

Se Sì: acconsento ad informare il/la sig. _____ grado di parentela _____

ЧИСЛО/DATA _____

ПОДПИСЬ/FIRMA _____

Если пациент неграмотный, межкультурный посредник удостоверяет то, что господин/госпожа _____ проинформирован о содержании этого листа.

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

ПОДПИСЬ МЕЖКУЛЬТУРНОГО ПОСРЕДНИКА

ПОДПИСЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

FIRMA DEL MEDIATORE _____

FIRMA DEL SANITARIO _____