

U.O.GEST.DEL RISCHIO CLIN.,QUALITA',ACCREDIT.E URP HQA HQA1	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO MODULO AZIENDALE	MODAZHQA_0016		
	Designazione del Fiduciario	Rev. 2	Data 30/10/2017	Pag 1 di 1

Designazione del Fiduciario

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a...il.....a.....

Residente a..... In Via.....N.°..... Prov.....

Ai sensi della Regolamento Regionale n.2 del 09/04/2014 "Designazione del Fiduciario", in attuazione dell'art.8 Legge Regionale n.52 del 10/11/2009 "Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale e/o dall'identità di genere" approvato dalla Giunta Regionale con provvedimento n.402 del 04/04/2014:

nomina quale proprio "FIDUCIARIO"

il/la Signor/ra.....

Nato/a...il.....a.....

Residente a..... In Via.....N.°..... Prov.....

Data.....

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

FIRMA DEL FIDUCIARIO NOMINATO *

.....

FIRMA MEDICO

.....

Art.1 c.2 Regolamento Regionale n.2 del 09/04/2014 : Ciascuno ha il diritto, purché abbia raggiunto la maggiore età, di designare, in aggiunta agli aventi diritto ai sensi di legge, una persona maggiorenne e capace di intendere e volere a cui gli operatori sanitari devono riferirsi per comunicare le informazioni relative allo stato di salute del paziente, qualora l'interessato versi in condizioni di incapacità naturale o di pericolo di un grave pregiudizio alla sua salute o alla sua integrità fisica.

Art.3 c.4 Regolamento Regionale n.2 del 09/04/2014 : Il fiduciario, cui sono attribuite la titolarità, in caso di incapacità dell'interessato, dei diritti e delle facoltà che a questi competono ai sensi del presente regolamento nonché la tutela del rispetto da parte dei sanitari delle direttive espresse dallo stesso interessato, agisce in conformità alle volontà del paziente.

*NOTA: quale attestazione della maggiore età del Fiduciario, allegare, a codesto modulo, copia del documento di identità.

Redatto U.O.	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
-----------------	-------------------------	-----------------------------