

DICHIARAZIONE PER L'ACCESSO AUTORIZZATO ALLE VISITE

Il/a sottoscritto/a¹ _____

nato/a a _____ il ____/____/____ e residente in _____

via _____

o

(da compilare SOLO se il Paziente/Ospite non può esprimere il consenso)

Il/a sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____ e residente in _____

via _____, C.F.: _____

cel. _____, mail _____

In qualità di

- Fiduciario sanitario
- Amministratore di sostegno
- Tutore

Come da documentazione attestante che produce e allega

DICHIARA

di **VIETARE LE VISITE PERSONALI PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA JB FESTAZ AI SOGGETTI DI SEGUITO ELENCATI**, (solo ed esclusivamente per comprovati motivi oggettivi e chiaramente espressi da un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria Competente, se tale dichiarazione è espressa da soggetto diverso dal Paziente in grado di intendere e di volere).

Il Dichiarante si assume la responsabilità civile e penale di eventuali dichiarazioni false e non veritiere contenute nella presente dichiarazione di volontà e **solleva l'Azienda JB Festaz da qualsiasi responsabilità diretta e/o indiretta verso il Paziente/familiari e/o soggetti terzi.**

Aosta, li _____

Il Dichiarante

¹ **Paziente/Ospite che può esprimere il Consenso Informato:** il Consenso Informato deve essere espresso da persona capace di intendere e di volere. Ha titolo ad esprimere il consenso esclusivamente il Paziente tranne nei casi in cui o è obbligatoriamente previsto un Tutore a causa di interdizione. Se è previsto un Amministratore di Sostegno ma il Paziente è comunque capace di intendere e volere è quest'ultimo ad esprimere il consenso per la privacy. Pertanto, il consenso espresso dai familiari in assenza di altre figure legali è corretto solo in caso di Paziente incapace, con dichiarazione del medico curante.