

Esonero dall'obbligo di riservatezza per il reinserimento professionale

Io

Nome, cognome
Indirizzo, luogo
Data di nascita

Esonero **il seguente medico**

Nome, cognome
Indirizzo, luogo

dall'obbligo di riservatezza nei confronti del mio datore di lavoro (nome della persona, azienda, indirizzo)

.....

Dichiaro il mio consenso che possano essere comunicate esclusivamente le informazioni mediche necessarie per il reinserimento professionale. Sono consapevole di poter revocare in qualsiasi momento la presente dichiarazione di esonero dall'obbligo di riservatezza con effetto per il futuro.

Data Firma paziente

Il/La paziente è stato/a informato/a sul significato e lo scopo dell'esonero dell'obbligo di riservatezza.

Data Firma medico