

Esonero dal segreto professionale

Delega per l'informazione di fronte all'ufficio di mediazione

Il firmatario/la firmataria

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Luogo di origine:

Indirizzo:

NPA/Località:

con la presente exonera lo psicoterapeuta trattante e membro dell'ASP dal segreto professionale e lo autorizza, per quanto concerne

l'indicazione del motivo del trattamento/reclamo,

nei confronti di

nome e indirizzo dell'ufficio di mediazione,

a fornire tutte le informazioni necessarie al reclamo nonché a consentire la visione della cartella clinica del paziente.

Luogo, data

Firma