

ATTESTAZIONE PER IL DATORE DI LAVORO

Si attesta che le il/la sig/sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

documento d'identità _____ N. _____,

in data odierna, (indicare l'orario se richiesto _____)

Si è sottoposto/a a visita/esame diagnostico o altro, presso questa struttura ospedaliera;

Ha accompagnato in qualità di * _____ il

sig./sig.ra _____ presso questa struttura ospedaliera;

Ha accompagnato il minore _____ presso questa struttura ospedaliera in qualità di:

Genitore;

Tutore o altro _____

Benevento, li _____

L'Operatore Sanitario

Matricola n. _____

Timbro dell'Azienda Ospedaliera

NB PER TUTTI GLI OPERATORI SANITARI:

AL FINE DI TUTELARE E GARANTIRE LA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI DEGLI UTENTI

- 1) Il timbro dell'Azienda non deve recare l'indicazione del servizio/reparto e/o dipartimento che ha erogato la prestazione (pertanto deve indicare solo la dicitura Azienda Ospedaliera G. Rummo).
- 2) Il Medico o l'operatore che rilascia l'attestazione deve indicare soltanto il proprio numero di matricola in modo tale che non sia identificabile dall'esterno il servizio/reparto o dipartimento di appartenenza presso il quale il paziente ha ricevuto la prestazione.