



Albenga lì _____

Io sottoscritto/a _____ in qualità di

_____ e sottoscrittore/sottoscrittrice della domanda di

ammissione, autorizzo l'Istituto Domenico Trincheri di Albenga, presso il quale è

ricoverato/a il/la mio/a assistito/a o familiare, a fornire al/alla Sig./Sig.ra

_____, in qualità di _____,

notizie inerenti le condizioni cliniche del/la Sig./Sig.ra

_____.

IL DICHIARANTE
