



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente determinazione è stata pubblicata nei modi di

legge dal **25 GIU. 2019**

Breno, **25 GIU. 2019**

Il presente atto è composto da n. **9** pagine **NOVE**

DETERMINAZIONE N. 82 DEL 24.6.2019

**ADOTTATA DAL DIRIGENTE RESPONSABILE
DELL'AREA GESTIONE RISORSE MATERIALI
AI SENSI DEL DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE - ASST DELLA VALCAMONICA
N.438 DEL 30.4.2019**

(Tit. di class. 1.1.02)

OGGETTO: Affidamento del servizio di traduzione dei moduli M DS 001 "Consenso informato" e M DS 001B "Consenso informato interventi di chirurgia minore", mediante affidamento diretto ai sensi dell'art.36 co.2 lettera a) del D.Lgs.50/2016 e smi.

CIG: Z932490024



IL DIRIGENTE RESPONSABILE

PREMESSO che:

- con decreto n.881/2018 si è affidato alla Eurostreet Società Cooperativa di Biella il servizio di mediazione linguistico culturale per l'ASST della Valcamonica, per il periodo 1.9.2018-31.8.2020;

- il servizio prevede la possibilità di usufruire del servizio di traduzione testi, anche se non computati all'interno dell'impegno di spesa del decreto, in quanto dipendenti da necessità specifiche e quantificabili economicamente solamente attraverso il calcolo del numero di "cartelle" che necessitano di essere tradotte;

VISTA la mail ricevuta in data 21.6.2019 da parte della Dr.ssa Silvia Brasa Responsabile della Direzione Medica di Presidio, agli atti, tramite la quale viene confermata la necessità espressa dall'Ufficio Qualità della traduzione dei moduli M DS 001 "Consenso informato" e M DS 001B "Consenso informato interventi di chirurgia minore", in n.6 lingue (inglese, francese, cinese, albanese, arabo e rumeno);

CONSIDERATO che:

- le disposizioni legislative che attualmente disciplinano le procedure alle quali le Aziende Sanitarie del SSR devono attenersi nella scelta dei soggetti cui affidare la fornitura di beni e l'appalto di servizi sono stabilite dalla normativa di seguito riportata:

- acquisto di beni ed appalto di servizi di valore superiore alla soglia comunitaria, fissata in € 221.000,00 al netto di IVA: procedura ad evidenza pubblica, in applicazione del D.Lgs n.50/2016;
- per affidamenti di importo pari o superiore a € 40.000,00 al netto di IVA e inferiori alla soglia comunitaria le Stazioni Appaltanti procedono mediante procedura negoziata, previa consultazione, ove esistenti, di almeno cinque operatori economici individuati sulla base di indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici, nel rispetto di un criterio di rotazione degli inviti;
- per affidamenti di importo inferiore a € 40.000,00 al netto di IVA, le Stazioni Appaltanti procedono mediante affidamento diretto, adeguatamente motivato, ai sensi dell'art.36 co.2 lett.a) del D.Lgs 50/2016;

- per quanto riguarda l'art.26 c.1 della legge 488/1999 si evidenzia che nessuna Convenzione Consip risulta attualmente attivata per i beni in argomento, così come nessuna delle iniziative attivate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) è attinente l'oggetto del presente provvedimento;

VISTI:

- l'offerta allegata, registrata in data 4.6.2019 al prot. ASST n.10307/19, da parte della Eurostreet Società Cooperativa, per il servizio di traduzione dei 2 moduli di cui in oggetto;

- la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;

RITENUTO pertanto di procedere all'affidamento di tale servizio alla ditta di cui sopra, attuale fornitrice del servizio di mediazione linguistico culturale per l'ASST della Valcamonica;

ACQUISITO il parere tecnico favorevole del Responsabile del procedimento, nonché l'attestazione del Direttore dell'Area gestione delle risorse finanziarie, circa la registrazione contabile;

D E T E R M I N A

per le ragioni espresse in premessa:



1 - di affidare il servizio di traduzione dei Modulo M AGR 002 "Informativa sul trattamento dei dati personali e particolari" alla Eurostreet Società Cooperativa di Biella, alle condizioni descritte nella tabella sotto riportata e nell'offerta che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale:

FILE	OGGETTO	LINGUA	N. CARTELLE (1 cartella = n.1500 battute, comprese di caratteri + spazi)	IMPORTO A SINGOLA CARTELLA	TOT IVA ESCLUSA	TOT IVA COMPRESA
M DS 001	Consenso informato	inglese	4,7	€ 16,00	€ 75,20	€ 871,57
		francese		€ 18,00	€ 84,60	
		cinese		€ 38,00	€ 178,60	
		albanese		€ 26,00	€ 122,20	
		arabo		€ 30,00	€ 141,00	
		rumeno		€ 24,00	€ 112,80	
M DS 001B	Consenso informato interventi di chirurgia minore	inglese	7,3	€ 16,00	€ 116,18	€ 1.353,71
		francese		€ 18,00	€ 131,40	
		cinese		€ 38,00	€ 277,40	
		albanese		€ 26,00	€ 189,80	
		arabo		€ 30,00	€ 219,00	
		rumeno		€ 24,00	€ 175,20	
TOTALE					€ 1.824,00	€ 2.225,28
CON SCONTO OFFERTO DALLA DITTA DEL 4,057%						€ 2.135,00

2 - che il costo derivante dal presente provvedimento pari a € 2.135,00 (di cui € 385,00 per IVA al 22%) trova copertura nel bilancio economico di previsione gestione ospedale per l'esercizio 2019, con registrazione al conto economico codice 458150 "Servizio Mediazione Linguistico Culturale". Il costo presenta la necessaria disponibilità mediante riduzione del medesimo importo dall'impegno di spesa assunto con decreto n.881/2018;

3 - di nominare ai sensi dell'art.31 del D.Lgs.50/2016 quale Responsabile Unico del Procedimento (RUP) l'Ing. Francesco Mazzoli direttore dell'AGRM e ai sensi dell'art.101 del D.Lgs.50/2016 quale Direttore di Esecuzione del Contratto (DEC) la Dr.ssa Bruna Bertoli Responsabile dell'Ufficio Qualità;

4 - che il centro di costo relativo al presente provvedimento viene identificato al codice 3130001 "Costi Comuni Aziendali";

5 - di disporre, a cura dell'Area Gestione delle Relazioni, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione pubblicità legale ASST - ai sensi dell'art.17, co.6, della LR 33/2009 e dell'art.32 della L. n.69/2009;

6 - di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale per i conseguenti controlli previsti dalla normativa vigente.



IL DIRETTORE
AREA GESTIONE RISORSE MATERIALI
(Ing. Francesco Mazzoli)

Oggetto: PREVENTIVO TRADUZIONI RICHIESTO: DEFINITIVO

Mittente: Economato - Paola Lascioli <economato@asst-valcamonica.it>

Data: 04/06/2019 08:45

A: protocollo@asst-valcamonica.it

pt 10307/19

1.6.3

del 04 GIU. 2019

ALLEGATO ALLA DETERMINA
N. 82 del 20/6/2019

----- Messaggio Inoltrato -----

Oggetto: INVIO PREVENTIVO RICHIESTO: DEFINITIVO

Data: Mon, 3 Jun 2019 16:35:38 +0200

Mittente: info@eurostreet.it

A: economato@asst-valcamonica.it

Gentile dott.ssa Lascioli,

come da Lei richiesto tramite email del 03.06.2019, Le comunichiamo che :

1) il costo complessivo per il lavoro di traduzione del documento "Mds001_consenso informato"

dall'ITALIANO alle 6 lingue **INGLESE / FRANCESE / CINESE / ALBANESE / ARABO / RUMENO**

è il seguente:

INGLESE n° 4,7 cartelle x € 16,0 cartella = Euro 75,20 + IVA

FRANCESE n° 4,7 cartelle x € 18,0 cartella = Euro 84,60 + IVA

CINESE n° 4,7 cartelle x € 38,0 cartella = Euro 178,60 + IVA

ALBANESE n° 4,7 cartelle x € 26,0 cartella = Euro 122,20 + IVA

ARABO n° 4,7 cartelle x € 30,0 cartella = Euro 141,00 + IVA

RUMENO n° 4,7 cartelle x € 24,0 cartella = Euro 112,80 + IVA

per un totale di Euro 714,40 + IVA al 22%

2) il costo complessivo per il lavoro di traduzione del documento " Mds001b_consenso informativa"

dall'ITALIANO alle 6 lingue **INGLESE / FRANCESE / CINESE / ALBANESE / ARABO / RUMENO**

è il seguente:

INGLESE n° 7,3 cartelle x € 16,0 cartella = Euro 116,80 + IVA

FRANCESE n° 7,3 cartelle x € 18,0 cartella = Euro 131,40 + IVA

CINESE n° 7,3 cartelle x € 38,0 cartella = Euro 277,40 + IVA

ALBANESE n° 7,3 cartelle x € 26,0 cartella = Euro 189,80 + IVA

ARABO n° 7,3 cartelle x € 30,0 cartella = Euro 219,00 + IVA

RUMENO n° 7,3 cartelle x € 24,0 cartella = Euro 175,20 + IVA

per un totale di Euro 1.109,60 + IVA al 22%



Consegna: 4 ÷ 8 giorni lavorativi dalla data di conferma dell'ordine.

Restiamo in attesa di una Sua gradita **conferma d'ordine** per procedere con la traduzione.

Cordiali saluti
Stefania

EUROSTREET - società cooperativa
SERVIZIO TRADUZIONI – INTERPRETARIATO HELPVOICE® HELPFACE®
Via Losana, 13
13900 – BIELLA (BI) – ITALY
tel. 0039 015 351269
fax 0039 015 352844
email info@eurostreet.it
website www.eurostreet.it
office: from 08.30 to 19.00

Da: Economato - Paola Lascioli <economato@asst-valcamonica.it>

Inviato: lunedì 3 giugno 2019 09:26

A: info@eurostreet.it


Oggetto: Re: INVIO PREVENTIVO RICHIESTO

Chiedo scusa, se possibile richiediamo i preventivi divisi per singolo documento (così come fatti nelle ultime richieste), in modo da poter capire di quante cartelle sono composti i file ed eventualmente (in caso di costo eccessivo), poter rinunciare ad una o più lingue.

In attesa di cortese riscontro si porgono cordiali saluti

Paola Lascioli
AREA GESTIONE RISORSE MATERIALI
ASST della VALCAMONICA
TEL. 0364-329319
FAX. 0364-329318



<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	CONSENSO INFORMATO	Etichetta paziente	M DS 001 Rev. 04 Pag. 1 di 2 27.05.2019
---	--------------------------------	--------------------	---

Il sottoscritto, valutata la capacità di intendere e di volere del paziente, dichiara di aver fornito informazioni complete e comprensibili:

- al paziente stesso _____
(specificare cognome e nome in assenza di etichetta identificativa)
- ai genitori Sig./Sig.ra _____
- tramite il mediatore/interprete Sig./Sig.ra _____
- al rappresentante legale nel caso di incapace Sig./Sig.ra _____

riguardo la necessità/opportunità di sottoporsi a *(indicare l'atto sanitario con eventuale specifica del sito e del lato)*:

In base alla documentazione scientifica disponibile, il paziente è stato informato circa:

- motivazioni che rendono necessario/opportuno l'accertamento/atto medico/chirurgico
- scopo dell'accertamento/atto medico/chirurgico
- modalità di esecuzione dell'accertamento/atto medico/chirurgico e delle eventuali diverse modalità/tecniche possibili con relativi vantaggi e rischi
- possibilità e probabilità circa i risultati conseguibili
- condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio:

- prevedibili conseguenze, temporanee o permanenti, eventuali ripercussioni nell'ambito della vita familiare, sociale e occupazionale
- possibili complicanze ovvero rischi, probabilità del loro verificarsi e modalità di risoluzione
- possibili conseguenze che possono derivare dalla mancata esecuzione dell'atto proposto, precisando che, comunque, sarà assicurata la continuità dell'assistenza e delle cure di tipo complementare o palliativo
- possibilità di alternative diagnostiche/terapeutiche
- possibili patologie diagnosticabili con ragionevole probabilità nel corso dell'atto medico esplicitato, al fine di acquisire consenso per il trattamento delle stesse.

In relazione alla organizzazione dell'Unità Operativa, l'intervento/procedura potrà essere eseguita anche da medico diverso dal proponente, con le medesime qualifiche.


Si dà atto che è stato consegnato materiale informativo specifico per l'accertamento e/o per l'atto medico/chirurgico sopraindicato.

Si dà atto altresì di aver verificato un'adeguata comprensione da parte del paziente in relazione alle informazioni somministrate.

Data e ora

Firma e timbro del Medico



<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	CONSENSO INFORMATO	Etichetta paziente	M DS 001 Rev. 04 Pag. 2 di 2 27.05.2019
---	---	--------------------	---

Io sottoscritto **DICHIARO IN MODO CONSAPEVOLE:**

– di aver ricevuto informazioni dettagliate riguardo la necessità/opportunità di sottopormi/sottoporre:

_____ alla procedura diagnostica/terapeutica precedentemente indicata

– di aver compreso:

- motivazioni che rendono necessario/opportuno l'accertamento/atto medico/chirurgico
- scopo dell'accertamento/atto medico/chirurgico
- modalità di esecuzione dell'accertamento/atto medico/chirurgico e delle eventuali diverse modalità/tecniche possibili con relativi vantaggi e rischi
- possibilità e probabilità circa i risultati conseguibili
- condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio
- prevedibili conseguenze, temporanee o permanenti e delle eventuali ripercussioni nell'ambito della vita familiare, sociale e occupazionale
- possibili complicanze ovvero rischi, della probabilità del loro verificarsi e modalità di risoluzione
- possibili conseguenze che possono derivare dalla mancata esecuzione, conscio che, comunque, sarà assicurata la continuità delle cure di tipo complementare o palliativo
- possibilità di alternative diagnostiche/terapeutiche
- possibili patologie diagnosticabili con ragionevole probabilità nel corso dell'atto medico esplicitato, al fine di acquisire consenso per il trattamento delle stesse
- la possibilità che l'operatore sia diverso dal medico proponente
- di essere soddisfatto delle informazioni ricevute
- di essere a conoscenza di poter revocare totalmente o parzialmente il consenso in ogni momento prima dell'atto sanitario stabilito.

In base alle informazioni ricevute, in piena consapevolezza e libertà decisionale

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione della procedura/intervento in questione.

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Dichiaro di aver sottoscritto o di non aver sottoscritto e rilasciato delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

In caso di mia futura incapacità indico, a manifestare la mia volontà, quale mio fiduciario

il/la Sig./Sig.ra _____

Per ogni questione si rimanda alle disposizioni normative introdotte dalla Legge del 22.12.2017 n. 219 (S DS 035 Informazioni circa le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) pubblicate nell'internet aziendale (www.asst-valcamonica.it)).

Data e ora _____

Firma del testimone

(se impossibilità di lettura o impedimento fisico alla sottoscrizione)

Firma dell'Interessato

(o legale rappresentante)

Preso atto di quanto in precedenza sottoscritto, consapevole dei miei diritti e perfettamente informato sulle possibili conseguenze della mia scelta, **revoco il consenso informato** per l'atto medico sopra indicato.

Data e ora _____

Firma del testimone

(se impossibilità di lettura o impedimento fisico alla sottoscrizione)

Firma dell'Interessato

(o legale rappresentante)

Allegati: copia documenti di identità ove necessari.

Mod.2341/ASST

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA

Sede legale: Breno (Bs) - Via Nissolina, 2 - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 - CF/P.IVA n.03775830981
www.asst-valcamonica.it PEC: protocollo@pec.asst-valcamonica.it

Il sottoscritto, valutata la capacità di intendere e di volere del paziente/assistito, dichiara di aver fornito informazioni complete e comprensibili:

Si da atto altresì di aver verificato un'adeguata comprensione da parte del paziente/assistito in relazione alle informazioni somministrate.

Data e ora _____

Firma e timbro del Medico proponente

Etichetta Dati

oppure

Cognome Nome e data di nascita

Gentile Signora, Signor,

per la Costituzione Italiana e per la normativa vigente ogni atto medico richiede il **consenso** dell'interessato dopo adeguata informazione; pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura, le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.

Informativa all'intervento chirurgico di:

- Escissione:** asportazione chirurgica radicale della lesione con bisturi + sutura: lesioni cutanee con diametro < 5 cm comprendenti nevi, lipomi, lesioni ulcerate epidermide (carcinomi) e tutte le lesioni benigne dei tessuti molli.
- Biopsia incisionale:** asportazione parziale con bisturi + sutura (biopsia): lesioni cutanee ampie su indicazione specialistica dermatologica.
- Diatermocoagulazione:** coagulazione di lesione con bisturi elettrico per lesioni cutanee virali (verruche, mollusco contagioso), fibromi penduli, cheratosi seborroica, angiomi.
- Crioterapia:** trattamento mediante sostanze (azoto liquido-anidride carbonica sotto pressione), che provoca congelamento della lesione
- Shaving:** asportazione superficiale cutanea di lesione piana o rilevata senza sutura
- Onicectomia laterale**(onicocriptosi) o **totale**(onicogrifosi), semplice o radicale (con avulsione della matrice dell'unghia)

Indicazioni e finalità:

Escissione, biopsia incisionale, diatermocoagulazione, crioterapia, shaving: per la Sua patologia specifica, cui è stata posta una indicazione chirurgica, la finalità può essere terapeutica (escissione radicale o guarigione per II intenzione senza sutura come in caso di crioterapia, dia-termocoagulazione shaving) o diagnostica (biopsia).

Onicectomia laterale o totale: Per la Sua patologia specifica, cui è stata posta una indicazione chirurgica, verrà adottata strategia radicale in caso trattasi di patologia malformativa del letto ungueale (onicogrifosi) in cui è indicata asportazione dell'unghia e della matrice ungueale impedendone la ricrescita, oppure strategia parziale/laterale nel caso di unghia incarnita (onicocriptosi).

Modalità di esecuzione:

Crioterapia: l'intervento viene eseguito senza uso di anestesia. Le applicazioni durano pochi secondi e provocano una sensazione di bruciore e/o dolore, mitigata dall'effetto anestetico della bassa temperatura. Tale sensazione si avverte durante la procedura e per circa 30 minuti dopo il trattamento e svanisce completamente nelle 7/8 ore successive. Nelle 24/48 ore successive al trattamento, in corrispondenza delle aree trattate si formeranno delle vescico-bolle di dimensioni variabili a contenuto sieroso o siero-ematico. Tali lesioni potranno essere eventualmente bucate con ago sterile al fine di ridurre la tensione e favorirne lo svuotamento.

Escissione e diatermocoagulazione: l'intervento viene eseguito con anestesia locale di superficie o con anestetico iniettabile nella sede di lesione. La prima modalità prevede l'utilizzo di un bisturi con il quale viene rimossa la lesione e parte del tessuto circostante e sottostante. La seconda prevede l'utilizzo di un bisturi elettrico con il quale si provoca una leggera bruciatura della lesione e del tessuto sottostante.

Shaving: l'intervento viene eseguito senza l'utilizzo dell'anestetico. E' una modalità utilizzata solitamente per le lesioni sporgenti, diagnosticate come benigne e consiste nell'asportazione tangenzialmente alla superficie cutanea in corrispondenza della loro base visibile. La guarigione avviene per seconda intenzione (la cute si ripara da sola senza bisogno di suture) e nei giorni successivi al trattamento sarà visibile un'area simile ad un'abrasione o escoriazione che con il tempo lascerà il posto al nuovo tessuto epidermico.

Onicectomia: l'intervento viene eseguito con anestetico iniettabile con metodica tronculare alla radice del dito interessato. Consiste nell'asportazione parziale (onicectomia laterale) o totale dell'unghia (onicectomia totale) con avulsione della matrice ungueale nel caso di onicectomia radicale.

Possibili complicanze:

Escissione, Biopsia incisionale, diatermocoagulazione, Shaving:

- modesti sanguinamenti, emorragie, ematomi postoperatori
- infezioni della ferita
- sindrome vaso-vagale che si può manifestare con ansia, pallore, sudorazione, ipotensione

- eventuali reazioni all'anestetico: dalla transitoria ipotensione fino a gravi reazioni allergiche come lo shock anafilattico. Per questo ultimo evento anche se eccezionale, presso l'Ospedale di Esine è attrezzato presente il di Servizio di Anestesia e Rianimazione 24/24 ore. Per l'ospedale di Edolo e gli ambulatori territoriali sarà attivato il servizio di 118.

Crioterapia:

- ipo-iperpigmentazioni cutanee.

Per le tecniche di diatermocoagulazione e crioterapia, dato il non interessamento del derma, la guarigione avviene solitamente senza esiti cicatriziali.

Onicectomia: le emorragie, le infezioni della ferita, sindrome vaso-vagale (ansia, pallore, sudorazione, ipotensione), eventuali reazioni all'anestetico: dalla transitoria ipotensione fino a gravi reazioni allergiche come lo shock anafilattico. Per questo ultimo evento anche se eccezionale, l'Ospedale è attrezzato di Servizio di Anestesia e Rianimazione 24/24 ore.

Nel periodo postoperatorio potranno essere avvertiti temporaneamente nella sede dell'intervento senso di gonfiore e moderato dolore.

La guarigione avviene con la restituito ad integum nel caso dell'onicectomia laterale e con la mancata ricrescita dell'unghia nel caso di onicectomia radicale.

Nel periodo postoperatorio potranno essere avvertiti temporaneamente nella sede dell'intervento senso di gonfiore e moderato dolore.

Le cicatrici rappresentano una conseguenza obbligata di un'incisione chirurgica che raggiunge il derma; la qualità delle cicatrici dipende non solo dalla tecnica chirurgica ma dalla sede corporea e dalla risposta dell'organismo (possibile insorgenza di cheloidi).

Raccomandazioni: E' vivamente consigliato portare con sé calzature aperte (tipo zoccolo) per consentire un'ottimale deambulazione postprocedura.

Controindicazioni: ipersensibilità agli anestetici locali; disturbi della coagulazione congeniti o farmacologici (terapia con dicumarolici), presenza di pace-maker.

Profilassi antibiotica: indicata in presenza di malattie valvolari cardiache a rischio di sviluppo di endocardite batterica.

Possibili alternative diagnostico terapeutiche: nessuna

Complicanze e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione:

Al termine della procedura chirurgica verranno date dal Personale addetto indicazioni su eventuali terapie e/o medicazioni domiciliari/ambulatoriali che dovranno seguire al tipo di atto chirurgico. Questo scritto ha solo funzione documentale e si integra ad altre informazioni fornite oralmente.

Se ritiene la comunicazione insufficiente La invitiamo a fare presente questa sua impressione: proveremo ad essere più esaurienti. Se invece ritiene di aver ricevuto un'informazione adeguata Le chiediamo di apporre la sua firma.

AUTORIZZO l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati a fini istologici e/o scientifici, informato/a del fatto che la mia mancata autorizzazione potrebbe comportare la non esecuzione dell'intervento chirurgico per l'impossibilità da parte dei sanitari di formulare una corretta diagnosi post-operatoria.

In base alle informazioni ricevute, in piena consapevolezza e libertà decisionale

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione della procedura/intervento in questione.

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Dichiaro di aver sottoscritto o di non aver sottoscritto e rilasciato le disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

In caso di mia futura incapacità indico, a manifestare la mia volontà, quale mio fiduciario

il/la Sig./Sig.ra _____

Per ogni questione si rimanda alle disposizioni normative introdotte dalla Legge del 22.12.2017 n. 219 (S DS 035 Informazioni circa le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) pubblicate nell'internet aziendale (www.asst-valcamonica.it).

Data e ora _____

Firma dell'Interessato (o legale rappresentante)

Firma e timbro del Medico Esecutore

Firma del testimone (se impossibilità alla lettura o impedimento fisico alla sottoscrizione) _____

Preso atto di quanto in precedenza sottoscritto, consapevole dei miei diritti e perfettamente informato sulle possibili conseguenze della mia scelta, **REVOCO il consenso informato** per l'atto medico sopra indicato.

Data e ora _____

Firma del testimone

(se impossibilità alla lettura o impedimento fisico alla sottoscrizione)

Firma dell'Interessato

(o legale rappresentante)