Scarico di Responsabilità ×

Il sottoscritto/a ..... , nato/a a ....., il ..... / ..... / ..... , residente in ..... , Via/Piazza ..... , numero civico ..... , Codice Fiscale ....., dichiara di aver ricevuto in data odierna un dispositivo Holter Elettromiografico modello dia-BRUXO, dalla struttura sanitaria ....

Il sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a in merito a:

- Scopo e modalità di utilizzo del dispositivo dia-BRUXO.
- Precauzioni da adottare durante l'utilizzo del dispositivo.
- Modalità di restituzione del dispositivo.
- Responsabilità in caso di danneggiamento o smarrimento del dispositivo.

Il sottoscritto/a si impegna a:

- Utilizzare il dispositivo dia-BRUXO secondo le istruzioni fornite dal personale sanitario.
- Custodire il dispositivo con cura, evitando urti, cadute o esposizioni a fonti di calore o umidità.
- Non manomettere o tentare di riparare il dispositivo.
- Restituire il dispositivo nelle stesse condizioni in cui è stato consegnato, entro la data e l'orario concordati.
- Compilare con precisione il diario delle attività.

Il sottoscritto/a è consapevole che in caso di danneggiamento o smarrimento del dispositivo, potrebbe essere tenuto/a a risarcire totalmente o parzialmente la struttura sanitaria per il costo di sostituzione o riparazione.
Il sottoscritto/a autorizza la struttura sanitaria al trattamento dei dati personali raccolti da Sistema dia-BRUXO, nel rispetto della normativa sulla privacy.

***

Data:

..... / ..... / .....

Firma:

.....

Firma Responsabile Sanitario:

.....

© 2025