

Scarico di Responsabilità x

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:

.....