

ANEXO III

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR UNA CONSULTA AL CEA CÓRDOBA POR UN FAMILIAR

Con este documento, la persona abajo firmante autoriza a un allegado o familiar para realizar una solicitud de consulta al Comité de Ética Asistencial Córdoba y acceder a la información clínica resultante de esta solicitud.

D/D^a.....
con DNI/NIE/PASAPORTE, nacido el día de de.....,
con domicilio en.....
Localidad..... Provincia..... CP.....

Autorizo a:

D/D^a.....
con DNI/NIE/PASAPORTE, nacido el día de de.....,
con domicilio en.....
Localidad..... Provincia..... CP.....

A solicitar, en mi nombre, una consulta al comité de Ética Asistencial Córdoba.

LUGAR Y FECHA (*consignar la fecha con letra*)

En..... a..... de..... de.....

Firma y rúbrica:

Fdo.:

DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE

Declaro, bajo mi responsabilidad, que reúno todos los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la documentación que solicito, como manifiesto en la presente solicitud y en la documentación aportada.

Firma del solicitante