**MODULO DI CONTATTO DI EMERGENZA DIPENDENTI**

| INFORMAZIONI SUI DIPENDENTI |
| --- |
| NOME DEL DIPENDENTE |  | ID DIPENDENTE |  |
| SSN |  | POSIZIONE |  |
| INDIRIZZO |  | TELEFONO 1 |  |
|  | TELEFONO 2 |  |
|  | E-MAIL |  |
|  | DATA DI COMPLETAMENTO |  |
| CONTATTI DI EMERGENZA |
| CONTATTO 1 NOME |  | RELAZIONE |  |
| TELEFONO 1 |  | TELEFONO 2 |  |
| INDIRIZZO |  |
| CONTATTO 2 NOME |  | RELAZIONE |  |
| TELEFONO 1 |  | TELEFONO 2 |  |
| INDIRIZZO |  |

|  |
| --- |
| **COMMENTI** Si prega di fornire i dettagli per qualsiasi informazione medica o personale che si desidera condividere con un fornitore di cure di emergenza. |
| ALLERGIE |  |
| ALLERGIE AI FARMACI |  |
| FARMACI ATTUALMENTE ASSUNTI |  |
| ALTRO |  |

| INFORMAZIONI DI CONTATTO MEDICO |
| --- |
| NOME MEDICO |  | TELEFONO |  |
| NOME DENTISTA |  | TELEFONO |  |
| OSPEDALE PREFERITO |  | TELEFONO |  |

|  | Le informazioni di cui sopra sono state fornite volontariamente e autorizzo il contatto per mio conto in caso di emergenza. |
| --- | --- |

| FIRMA DEI DIPENDENTI |  | DATTERO |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INVIA IL MODULO COMPILATO A** |  | **REC'D DI** |  | **DATA REC'D** |  |

|  |
| --- |
| **DISCONOSCIMENTO**Tutti gli articoli, i modelli o le informazioni fornite da Smartsheet sul sito Web sono solo di riferimento. Mentre ci sforziamo di mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non rilasciamo dichiarazioni o garanzie di alcun tipo, esplicite o implicite, circa la completezza, l'accuratezza, l'affidabilità, l'idoneità o la disponibilità in relazione al sito Web o alle informazioni, agli articoli, ai modelli o alla grafica correlata contenuti nel sito Web. Qualsiasi affidamento che fai su tali informazioni è quindi strettamente a tuo rischio. |