



FORMA DE AUTORIZACIÓN

LA PRESENTE FORMA ES REQUISITO INDISPENSABLE DE LA FUNDACIÓN DR. GARCIA RINALDI A TODO SOLICITANTE DE AYUDA ECONÓMICA CON LA FINALIDAD DE OBTENER AUTORIZACIÓN DEL FIRMANTE A LA FUNDACIÓN DE DIVULGAR INFORMACIÓN Y ACCEDER INFORMACIÓN.

Nombre _____

Fecha _____

Sirva la presente para autorizar a la Fundación Dr. García Rinaldi a divulgar la información que se encuentra escrita tanto en la solicitud de ayuda económica como en la documentación requerida para completar esta solicitud. Así como acceder cualquier otra información que la Fundación considere como necesaria para completar la solicitud de ayuda económica que el firmante solicite a la Fundación. Autorizo además a la Fundación Dr. García Rinaldi a divulgar esta información en todos los procesos que esta tenga que realizar con la finalidad de que se complete mi expediente y pueda ser presentado al comité evaluador de la Fundación.

La Fundación y el firmante tienen el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y con previa notificación verbal a la revocación. El firmante debe de saber que la información divulgada podría no seguir protegida. Este documento estará vigente hasta que se determine si se aprobará o no la ayuda económica al paciente y se concrete el pago de la Fundación al proveedor del servicio al paciente.

Firma del Paciente