



RICHIESTA PER L' AUTORIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AGGIUNTIVA NON SANITARIA

Unità Operativa _____

Cognome e Nome del Degente _____

A) Autorizzazione Richiesta per

(cognome)

(nome)

(cognome)

(nome)

(cognome)

(nome)

B) //La Sottoscritto/o _____ richiede l'assistenza aggiuntiva non sanitaria da parte della/e persona/e sopra nominata/e. E' consapevole che può essere necessario l'allontanamento temporaneo dall'Unità Operativa su richiesta del personale Infermieristico o Medico, della persona in oggetto
Il sottoscritto ed il suo delegato si impegnano al rispetto delle norme generali di funzionamento dello stabilimento ospedaliero.

(Firma del richiedente)

DATA _____

Autorizzazione

Le persone sopraindicate sono autorizzate

(Firma del Caposala o Infermiere delegato)