

Il/la sottoscritto/a

in qualità di:

- ricoverato
 familiare del ricoverato
 presso l'unità operativa

Nome e cognome del paziente

Grado di parentela

dal giorno

CHIEDE

l'autorizzazione affinchè il/la sig/ra:

Nome e Cognome	Giorno	Orario
		dalle ore/..... alle ore/.....
		dalle ore/..... alle ore/.....
		dalle ore/..... alle ore/.....
		dalle ore/..... alle ore/.....
		dalle ore/..... alle ore/.....
		dalle ore/..... alle ore/.....
		dalle ore/..... alle ore/.....

possa effettuare attività di assistenza non sanitaria in supporto al ricoverato sopraindicato accettando e rispettando le modalità in vigore presso l'azienda.

Firma del paziente e/o familiare

Data _____

DA COMPILERSI A CURA DEL COORDINATORE O INFERMIERE DELEGATO

Valutata la richiesta si autorizza
 non si autorizza per le seguenti motivazioni

a svolgere assistenza non sanitaria per il Sig./ra nei giorni e orari come sopraindicato

- si consegna foglio informativo sui corretti comportamenti da adottare a cura delle persone che svolgono attività di assistenza non sanitaria
 si consegna fotocopia del modulo di autorizzazione

Firma del Coordinatore infermieristico o suo delegato

Data _____