

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di:

ricoverato

familiare del ricoverato

Nome e cognome del paziente

Grado di parentela

presso l'unità operativa _____

dal giorno _____

CHIEDE

l'autorizzazione affinché 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 COMPILARSI 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 _____