



Diamo forma al bene comune

Allegato 3

MODULO BREVI USCITE

Il sottoscritto/a _____ (grado di parentela) _____

sotto la propria personale responsabilità e a conoscenza dello stato di salute del proprio familiare

DICHIARA

di voler accompagnare il/la sig./sig.ra _____, ospite della struttura, all' esterno della RSA.

GIORNO DI USCITA	ORA DI USCITA	GIORNO PREVISTO DI RIENTRO	ORA PREVISTA DI RIENTRO

Firma

Data ____/____/____

Estremi del documento di identità dell'accompagnatore (se non già altrove registrato):

Si autorizza

Il medico di reparto

FONDAZIONE PONTIROLO ONLUS INTERCOMUNALE – R.S.A.

Via Alessandro Volta n. 4 - 20057 Assago (MI) - Tel 02/84.94.48.23. - Fax 02/84.93.31.47.

E-mail: info@pontiroloonlus.it - Pec: pontiroloonlus@pec.it - Web: www.pontiroloonlus.it

Codice Fiscale: 97305410157 – Partita Iva: 04583730967 – Iscrizione Reg. Lombardia n. 1553

Codice Destinatario Fatturazione Elettronica: SUBM70N