

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 INTERCOMUNALE - RSA

Via Volta n. 4 - 20057 Assago (MI)

Tel. 02 84 94 48 23 - Fax 02 84 93 31 47 • info@pontiroloonlus.it - pontiroloonlus@pec.it

Codice Fiscale: 97305410157 - Partita Iva: 04583730967 - Iscr. Reg. Lombardia n. 1553

Codice Destinatario Fatturazione Elettronica: SUBM70N

www.pontiroloonlus.it