



Oggetto: **Autorizzazione ad accedere agli Stabilimenti Ospedalieri della AUSL di Piacenza**

Il Sig./La Sig.ra

proveniente da

è autorizzata ad accedere presso gli ospedali dell'Azienda USL di Piacenza, per i giorni:

.....

Specificare la motivazione dell'accesso:

PAZIENTE CHE NECESSITA DI PRESTAZIONE SANITARIA INDIFFERIBILE. In questo caso è consentita, solo se strettamente necessaria, la presenza di un solo accompagnatore per paziente.

CONGIUNTO (parente, care giver ecc..) CHE NECESSITA DI RAGGIUNGERE UN PAZIENTE GIÀ IN OSPEDALE.

*** Accompagnatore e/o congiunto non dovranno avere sintomi quali: raffreddore, tosse, febbre.**

Firma e timbro del Dirigente Medico di U.O.