



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Direzione Medica

**MODULO DI CONSENSO PER
L'ACCESSO DEGLI ANIMALI
D'AFFEZIONE ALLE STRUTTURE
OSPEDALIERE AZIENDALI**



Alla Direzione Medica

Via Taverna 49, Piacenza

Io sottoscritto:

degente

nome _____ cognome _____

ricoverato nell'Unità Operativa _____ Ospedale di _____

stanza n° ____

ACCONSENTO all'ingresso nella stanza in cui sono degente di: cane gatto

come normato nel "Regolamento: accesso degli animali d'affezione alle strutture ospedaliere aziendali- visita a pazienti degenti e ausilio per utenti con disabilità".

NON ACCONSENTO all'ingresso nella stanza in cui sono degente di: cane gatto

DICHIARO inoltre che:

Sono stato correttamente informato sulle modalità di ingresso dell'animale da affezione nella struttura ospedaliera e delle regole da rispettare in termini di sicurezza igienico-sanitaria.

data _____

firma

copia della presente autorizzazione e della documentazione allegata va conservata in cartella clinica