

.....

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SCIACCA**



RICHIESTA DI ALLOGGIO IN FORESTERIA

Il/la sottoscritto/a

nato/a il a Provincia....., Stato

Residente in Via Provincia.....

C.A.P..... Codice Fiscale.....

Documento d'Identità n° rilasciato da il.....

Familiare del paziente.....

ricoverato presso l'U.O..... dal..... al.....

CHIEDE

che gli venga assegnato per un tempo di giorni a partire dal

una camera singola

una camera doppia da condividere con il Sig.....

figlio coniuge altro (specificare)

Il sottoscritto si impegna a rispettare il regolamento e le Indicazioni d'Uso della Foresteria.

Data Firma

.....

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi dell'ex art. 13 del Dlgs 196/03 e.....

Data Firma

.....

AREA RISERVATA ALLA U.O. DI COMPETENZA

Visto U.O. (Firma e timbro) Data.....

.....

MOD/RF
Nr. di prenotazione

.....

NOTE:

.....

AREA RIFERIMENTO VERSAMENTO

Effettuato in data

Importo

Firma e timbro

.....