

.....

**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

.....