



Allegato n. 2

RICHIESTA DI ASSISTENZA E AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto.....

Degente presso l' U.O.....

CHIEDE

- Di essere assistito a titolo gratuito durante il periodo di degenza dal
Sig.....(persona di fiducia/parente)

- Di essere assistito a titolo oneroso, durante il periodo di degenza dal
Sig.....(personale AIP/Agenzia AIP)

In fede

.....

SI AUTORIZZA PER IL PERIODO DAL.....AL.....

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO U.O (o suo delegato)

Firma

Data.....