



MODULO DI ADESIONE

Data.....
.....

Richiesta di accesso per il/la

Sig.....

Nato/

a.....il.....
.....

Residente

a.....provincia.....
.....

In via/piazza.....

N.....

telefono.....
.....

Mail.....
.....

In cura presso l'Ospedale

di.....

Nel reparto

di.....
.....

Durata presunta di permanenza al Casale

Angelini.....gg

Necessita di accessi multipli

SI

No

Dati del familiare/ accompagnatore

Sig./

ra.....
.....

Grado di
parentela.....
.....

Telefono.....
.....

Indirizzo.....
.....

Mail.....
.....

Il reparto conferma che il paziente rispetta i criteri di cui al protocollo (criteri di ammissione).

Il paziente, informato, si impegna a non soggiornare più tempo del previsto.

Firma ospite

Timbro reparto