



MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI ASSISTENZA NON SANITARIA AI PAZIENTI RICOVERATI

Il/La sottoscritto / a Sig./ Sig.ra _____

In qualità di

ricoverato

familiare/delegato dal ricoverato _____
Nome e Cognome del paziente

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

Affinchè Il/La Sig. / Sig.ra _____
possa effettuare attività di assistenza non sanitaria in supporto al ricoverato sopra indicato accettando e rispettando le modalità di accesso (Certificazione Verde COVID19 e tampone molecolare). La stessa/o accetta l'applicazione del "braccialetto" che attesta l'effettuata verifica della certificazione oltre all'uso dei DPI come da regolamento in vigore, in considerazione delle particolari condizioni del ricoverato/a (pazienti molto fragili/non autosufficienti/parto etc). L'accompagnatore/caregiver/badante si impegna ad informare tempestivamente il personale dell'UO/reparto qualora dovessero insorgere eventuali sintomi riconducibili ad infezione da COVID-19 e / o accertata affezione da COVID-19 e / o contatti stretti con persone contagiate, al fine di poter predisporre eventuali "misure cautelative".

per tutta la durata del ricovero dalle ore _____ alle ore _____
oppure

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Data _____

Firma del paziente e/o familiare

Il Direttore dell'UO/reparto, valutata la richiesta

autorizza

non autorizza

Il Direttore dell'UO/Reparto

Archiviare in cartella clinica