

**AUTORIZZAZIONE ALLA PRESENZA A FIANCO DI PAZIENTI RICOVERATI**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di:

 Ricoverato

Nome e cognome del paziente

Grado di Parentela

 Familiare del ricoverato\*

presso l'unità Operativa \_\_\_\_\_

dal giorno \_\_\_\_\_

**CHIEDE**che possa restare a fianco del ricoverato per i seguenti motivi:  
\_\_\_\_\_

il Sig./Sig.ra

NOME e COGNOME del designato	GIORNO	ORARIO
		Dalle ore...../..... Alle ore...../.....
		Dalle ore...../..... Alle ore...../.....
		Dalle ore...../..... Alle ore...../.....

\***N.B.** in caso di assistente familiare, che convive abitualmente con la persona degente, il richiedente dichiara, sotto la propria responsabilità che lo stesso è in regola con il rapporto di lavoro.

Data \_\_\_\_\_

**firma del paziente e/o familiare****Il designato si impegna a seguire le indicazioni del personale sanitario, a rispettare le norme igieniche, la quiete e la privacy degli altri pazienti, e a non effettuare alcuna attività di assistenza sanitaria rivolgendosi sempre al personale di reparto.**

Data \_\_\_\_\_

**firma del designato**

DA COMPILARSI A CURA DEL COORDINATORE O INFERMIERE DELEGATO
---

Valutata la richiesta,  Si autorizza, per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (max 5 gg) per i seguenti motivi non si autorizza  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ si consegna fotocopia del modulo di autorizzazione

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Coordinatore infermieristico o suo delegato**