



ALLEGATO 1

Richiesta di accesso ai reparti per finalità di sostegno ai degenti

AL COORDINATORE SCU/O

Io sottoscritto _____ /parente del Sig. _____	
ricoverato c/o questa SCU/O dal _____	
Chiedo che:	
<input type="radio"/> mi venga permesso	<input type="radio"/> venga permesso:
	al Sig. _____
	al Sig. _____
	al Sig. _____
di poter accedere (una persona alla volta) a questo reparto, al di fuori dell'orario di visita, per prestare attività di sostegno non sanitario:	
<input type="radio"/> durante i pasti	<input type="radio"/> diurna (ore 8-20)
<input type="radio"/> notturna (ore 20-8)	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> per il/ i giorno/i _____	
<input type="radio"/> per tutta la durata della degenza.	

Sono a conoscenza che si tratta di attività di sostegno non sanitaria, finalizzata unicamente all'aiuto nella cura personale e a fornire vicinanza morale, affettiva e relazionale al paziente ricoverato e l'AOU S. Luigi Gonzaga non si assume alcuna responsabilità (assicurativa, fiscale/tributaria, né di ordine professionale). Sono a conoscenza del fatto che, se la persona che espletterà tale attività non rispetterà le norme di comportamento per il rispetto del malato e della sua privacy, interferirà con le attività sanitarie del reparto e non rispetterà il regolamento sulla presenza di persone di sostegno ai degenti, affisso presso il reparto di degenza, il permesso di permanenza in reparto al di fuori dell'orario di visita sarà revocato.

Data _____ Firma del paziente o del parente _____

Il sottoscritto, informato di quanto richiamato dall'art. 13 del Dlg 196/2003 autorizza l'AOU S. Luigi al trattamento dei dati personali per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Firma del paziente o del parente _____

Autorizzazione del Coordinatore o delegato

Copia della presente autorizzazione deve essere conservata in cartella clinica