

 Casa di Cura Città di Bra <i>Clinica Privata Accreditata</i>	Fisioterapia PERMESSO DI USCITA	Mod. 0223	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>P_uscita</i>	
		Rev. 03	del 26/07/17

AREA DI RIABILITAZIONE 1 ° LIVELLO

In riconoscimento del consenso dell'avente diritto (art. 13 e 32 della Costituzione, art. 50 C.P., art 34 del Codice di Deontologia medica), si autorizza il paziente Sig./Sig.ra

.....

ad usufruire di permesso di uscita per il giorno a partire dalle
ore a scopo

accompagnato dal/dalla Sig./Sig.ra

..... * che ne assume la responsabilità e si impegna a
ricondurlo in Reparto entro le ore

Firma del paziente tel.

Firma dell'accompagnatore tel.

Firma dell'Infermiere

Firma del Medico

* precisare tipo e grado di parentela e/o ruolo dell'affidatario