

**ATTESTAZIONE PRESENZA/ACCOMPAGNAMENTO PRESSO STRUTTURA AZIENDALE**

Presidio Ospedaliero.....

Si attesta che la/il Sig.ra/Sig.re .....

si è trattenuta/o presso questa Azienda

In data.....

dalle ore ..... alle ore .....

Per

- Prenotazione((.....))
- Visita (.....)
- Terapia (.....)
- Esami diagnostici (.....)
- Altre prestazioni specialistiche (.....)

è stata/o ricoverato presso questo Ospedale in regime di Day Hospital, il giorno .....

è stata/o ricoverato presso questo Ospedale in regime ordinario dal giorno..... al giorno.....

Si rilascia su richiesta dell'interessata/o per gli usi consentiti dalla legge.

**L' incaricato**

(nome e cognome in stampatello.....)

(firma leggibile.....)

**N.B. il presente modulo:**

- può essere utilizzato per attestare la presenza, nella Struttura, tanto del soggetto che fruisce della prestazione sanitaria, che dell'accompagnatore (nel secondo caso occorre indicare, nello spazio posto tra parentesi, il nominativo del paziente);
- potrà essere rilasciato solo in riferimento a fatti o atti accertati dall'incaricato;
- può prevedere l'uso di un timbro a secco, ma nel quale **NON** compaia la denominazione della Struttura aziendale di appartenenza né la specializzazione dell'incaricato.

Azienda USL Toscana sud est



SEDE OPERATIVA SIENA  
piazza Carlo Rosselli, 26  
53100 Siena  
centralino: 0577 535111

SEDE OPERATIVA GROSSETO  
via Cimabue, 109  
58100 Grosseto  
centralino: 0564 485111

SEDE OPERATIVA AREZZO  
via Curtatone, 54  
52100 Arezzo  
centralino: 0575 2551

SEDE LEGALE  
via Curtatone, 54 Arezzo  
52100 Arezzo  
centralino: 0575 2551  
P.I. e C.F.: 02236310518  
web: www.uslsudest.toscana.it  
pec:  
ausltoscanasudest@postacert.toscana.it