

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.** Agg. 07/03/2024

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 Calamandrei 173
52100 Arezzo
centralino: 0575 2551

SEDE LEGALE
via Calamandrei 173 52100 Arezzo
centralino: 0575 2551
P.I. e C.F.: 02236310518
Web:www.uslsudest.toscana.it
Pec:
ausltoscanasudest@postacert.toscana.it