

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE

STRUTTURA SANITARIA: _____

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara che per il
Sig. _____ è programmata/o per il giorno _____
alle ore _____ la prestazione sanitaria o il ricovero o la dimissione da ricovero presso la
scrivente struttura.

Si attesta altresì:

l'impossibilità di stabilire un giorno / orario diverso da quello indicato,

[con la conseguenza che il trasporto deve avvenire al di fuori dell'orario di servizio (dalle ore 7.00 alle ore 20.00) – art. 3.2 del regolamento approvato con deliberazione della Giunta Regionale della Valle d'Aosta n. 528 del 29/04/2019]

DATA,

IN FEDE
(timbro e firma)