



Santa Maria del Pozzo

Casa di cura

CONSENSO INFORMATO ASSISTENZA RIABILITATIVA

Compilazione a cura di: beneficiario familiare/tutore del beneficiario del servizio

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Codice fiscale _____

- Consapevole che il rischio di contagio da coronavirus (COVID-19) si sta palesando in modo crescente su tutto il territorio nazionale;
- Consapevole delle Raccomandazioni emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in tema di prevenzione e riduzione del rischio di contagio;
- Tenuto conto che tali misure hanno carattere transitorio sino al termine dell'emergenza sanitaria;

DICHIARA

DI ACCETTARE

DI NON ACCETTARE*

L'intervento dell'operatore sanitario.

(compilare le seguenti informazioni con i dati del beneficiario del servizio qualora il firmatario sia un familiare/tutore): in favore dell'utente (nome e cognome) _____

Residente in via _____ n. tel. _____

Il sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

C.I. n. _____ tutore/tutrice del paziente _____, contattato dalla Direzione Sanitaria per il prosieguo del trattamento riabilitativo, comunica che intende riprendere il trattamento e, in oltre, accetta eventuali variazioni del pdt eventualmente disposte dall'ASL di appartenenza.

Napoli, _____ / _____ / _____

Firma _____

Firma leggibile e qualifica dell'Accettatore/Operatore

*In caso di rifiuto, il PAI sarà interrotto momentaneamente e verrà ripristinato al termine dell'emergenza sanitaria.



Casa di Cura Santa Maria del Pozzo
Centro Clinico Polispecialistico e Riabilitativo
80049 – Somma Vesuviana (NA) – Via Pomigliano, 40
Tel. 081 5310608 – Fax 081 5310510



Inviare a: autocertificazionicrod@cemsmdp.it