


CHIEDE

a **Codesta Struttura Ospedaliera** di voler fornire le informazioni in esso indicate e di farle pervenire alla scrivente ASL con una delle seguenti modalità:

- consegna per il tramite del paziente
- inoltro all'indirizzo di PEC: distretto.oz@pec.aslsassari.it
- inoltro all'indirizzo e-mail: uff.extraregione.ozieri@aslsassari.it

TIMBRO DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

Si certifica che l'assistito, Sig./Sig.ra _____

☐ È stato ricoverato, nel reparto di _____
dal _____ al _____

☐ È stato assistito in ☐ day hospital ☐ ambulatorialmente
nei seguenti giorni: _____

☐ Si precisa che il/la paziente è stato accompagnato
dal Sig./Sig.ra: _____
dal Sig./Sig.ra: _____

In caso di RICOVERO:

Si certifica, altresì, che l'accompagnatore (ovvero, uno dei due accompagnatori):

- ☐ **Ha** fruito del trattamento ospedaliero ☐ completo (pernottamento e pasti presso il presidio ospedaliero)
(oppure) ☐ con pagamento dei pasti (pernottamento in ospedale senza fornitura di pasti)
- ☐ **Non** ha fruito del trattamento ospedaliero (pernottamento esterno e pagamento in proprio dei pasti).

Il paziente necessita di **CONTINUITA' TERAPEUTICA** presso la nostra struttura ☐ SI, ☐ NO
se SI, specificare le motivazioni ed il follow-up (tempo e cadenza).

_____ li _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

La presente dichiarazione **non sostituisce la certificazione sanitaria** attestante le prestazioni erogate e i relativi periodi e che deve essere ugualmente rilasciata.

N.B.: La presente dichiarazione è indispensabile alla ASL di Sassari per verificare la sussistenza delle condizioni stabilite dalla Legge Regionale n° 26/1991 della Regione Autonoma della Sardegna per poter erogare all'accompagnatore del paziente il contributo forfettario di soggiorno disciplinato dalla medesima Legge.

N.B. Barrare le caselle che interessano