

Allegato C

## MODULO DI DIMISSIONI

A: Direzione Sanitaria

Servizi Amministrativi

**Oggetto: Dimissioni ospite**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(grado di parentela) \_\_\_\_\_ comunico/a che il/la

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ospite presso il Reparto

Cedri o Magnolie \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ lascerà la struttura in data

\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ .

***Si ricorda che in caso di dimissioni volontarie l'ospite è tenuto a dare un preavviso di 15 gg. senza il quale sarà tenuto al pagamento di una penale pari a 15 gg. di degenza a far data dalla ricezione del modulo di dimissione da parte della struttura. Le dimissioni vanno formalizzate utilizzando il presente modulo (art. 4 del contratto d'ingresso).***

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_