

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
