



**MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI  
ATTIVITA' DI ASSISTENZA NON SANITARIA AI PAZIENTI RICOVERATI**

Il/La sottoscritto / a Sig./ Sig.ra

---

In qualità di

ricoverato

familiare/delegato dal ricoverato

---

Nome e Cognome del paziente

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE**

Affinchè Il/La Sig. / Sig.ra

---

possa effettuare attività di assistenza non sanitaria in supporto al ricoverato sopra indicato, accettando e rispettando le modalità di accesso (esecuzione test antigenico 24/48 ore antecedenti l'ingresso), oltre all'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), come da regolamento in vigore, in considerazione delle particolari condizioni del ricoverato/a (pazienti molto fragili/non autosufficienti/parto, etc).

Il caregiver si impegna ad informare tempestivamente il personale dell'Unità Operativa (UO) qualora dovessero insorgere eventuali sintomi riconducibili ad infezione da SARS-CoV 2 e / o contatti stretti con persone contagiate, al fine di poter predisporre eventuali "misure cautelative".

per tutta la durata del ricovero dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

oppure

il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente e/o familiare \_\_\_\_\_

Il Direttore dell'UO, valutata la richiesta

autorizza

non autorizza

Il Direttore dell'UO

---

Archiviare in cartella clinica