

**AZIENDA SANITARIA LOCALE BA**

**Distretto Socio Sanitario Uno**  
Ambito Territoriale  
Comune di Giovinazzo - Comune di Molfetta

Spett. le  
Unità Valutazione **Multidimensionale**  
Distretto Socio Sanitario Uno  
Giovinazzo-Molfetta

**Assistenza Residenziale e Semiresidenziale****RINUNCIA AL RICOVERO / SOSPENSIONE / DIMISSIONE VOLONTARIA**

<input type="checkbox"/> <b>Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Diurno disabili</b>
<input type="checkbox"/> <b>Dopo di noi</b>	<input type="checkbox"/> <b>Casa per la vita</b>	<input type="checkbox"/> <b>Diurno demenze</b>

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

per se stesso;

in qualità di:    o tutore e/o curatore    o altro \_\_\_\_\_

del/la sig./ra \_\_\_\_\_ (parentela \_\_\_\_\_)

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**COMUNICA DI VOLERE** **Rinunciare** **Sospendere** **Dimettersi**

**dall'Assistenza Residenziale/Semiresidenziale per la seguente motivazione:**

migliorate o ristabilite condizioni di salute o di autonomia funzionale (si allega certificazione sanitaria)

migliorate o ristabilite condizioni socio-familiari (si allega certificazione dell'Assistente Sociale)

aggravamento delle condizioni di salute con ricovero ospedaliero

trasferimento presso altra residenza

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B.** La sospensione ha una durata massima di n. 30 giorni dalla data di comunicazione di avvenuta sospensione. Al termine dei 30 giorni la sospensione si traduce inderogabilmente in rinuncia.