

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

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.