



<b>PERMESSO INGRESSO IN REPARTO PER VISITA A PAZIENTE RICOVERATO</b>
--

U.O. \_\_\_\_\_

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_

1. Familiare \_\_\_\_\_

2. Familiare \_\_\_\_\_

in possesso di green pass n. \_\_\_\_\_ / tampone "negativo" eseguito 24-48 ore prima, il \_\_\_\_\_

è autorizzato all'ingresso in reparto, con dispositivo di protezione delle vie respiratorie, previa igienizzazione mani, per visita dalle ore 18:00-19:00

al paziente \_\_\_\_\_ ricoverato dal \_\_\_\_\_

**Il tempo di visita sarà stabilito sulla base dei flussi e delle esigenze del reparto.**

**Si raccomanda di limitare quanto più breve possibile la durata della permanenza in Ospedale**

Le deroghe per situazioni particolari saranno decise dal Responsabile del Reparto, con autorizzazione aggiuntiva.

ore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

timbro

Il Coordinatore Infermieristico

Il Direttore U.O./Delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_