

CHIEDE

a **Codesta Struttura Ospedaliera** di voler fornire le informazioni in esso indicate e di farle pervenire alla scrivente ASL con una delle seguenti modalità:

- **consegna per il tramite del paziente**
- **inoltro all'indirizzo di PEC: *distretto.alghero@pec.atssardegna.it***
- **inoltro all'indirizzo e-mail: *ricoveriextra.alghero@aslsassari.it***

TIMBRO DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

Si certifica che l'assistito, Sig./Sig.ra _____

È stato ricoverato, nel reparto di _____
dal _____ al _____

È stato assistito in day hospital ambulatorialmente
nei seguenti giorni: _____

Si precisa che il/la paziente è stato accompagnato
dal Sig./Sig.ra: _____
dal Sig./Sig.ra: _____

In caso di RICOVERO:

Si certifica, altresì, che l'accompagnatore (ovvero, uno dei due accompagnatori):

- Ha** fruito del trattamento ospedaliero completo (pernottamento e pasti presso il presidio ospedaliero)
(oppure) con pagamento dei pasti (pernottamento in ospedale senza fornitura di pasti)
- Non** ha fruito del trattamento ospedaliero (pernottamento esterno e pagamento in proprio dei pasti).

Il paziente necessita di **CONTINUITA' TERAPEUTICA** presso la nostra struttura SI, NO
se SI, specificare le motivazioni ed il follow-up (tempo e cadenza).

_____ lì _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

*La presente dichiarazione **non sostituisce la certificazione sanitaria** attestante le prestazioni erogate e i relativi periodi e che deve essere ugualmente rilasciata.
La presente dichiarazione è indispensabile alla ASL di Sassari per verificare la sussistenza delle condizioni stabilite dalla Legge Regionale n° 26/1991 della Regione Autonoma della Sardegna per poter erogare all'accompagnatore del paziente il contributo forfettario di soggiorno disciplinato dalla medesima Legge.*

N.B. Barrare le caselle che interessano