



ISTITUTO GIANNINA GASLINI
ISTITUTO PEDIATRICO
DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO



MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER ACCESSO ALLO STABILIMENTO ELIOTERAPICO GIANNINA GASLINI

Si dichiara che il paziente _____

è in cura presso il reparto di _____

che le sue condizioni psicofisiche sono idonee non idonee

per poter usufruire dello stabilimento elioterapico dell'istituto.

Nel caso che le condizioni del paziente non siano idonee, la presente dichiarazione di presa in cura nel reparto sopracitato autorizza gli accompagnatori a usufruire dello stabilimento.

La presente autorizzazione è valida solo nella giornata del ____/____/____

Eventuali note: _____

Timbro e firma del responsabile del reparto o di chi per lui.

Si ricorda agli accompagnatori del paziente che questo modulo va consegnato agli assistenti dello stabilimento al loro ingresso.