

COMUNICAZIONE DI NON IDONEITÀ ALLA PERMANENZA E PRESA D'ATTO

Dati del provvedimento / della comunicazione

| Voce | Compilazione |
|-----------------------------------|--------------|
| Legale rappresentante / Direzione | |
| Ospite interessato | |
| Medico di medicina generale | |
| Data | |

Testo della comunicazione

Io sottoscritto/a _____, in qualità di rappresentante legale di Residenza Maja, tenendo conto delle condizioni psicofisiche dell'ospite _____ e a seguito della valutazione da parte del medico di medicina generale _____, porto a conoscenza che, allo stato di salute attuale, il paziente sopracitato non può soggiornare nella nostra residenza e non può più essere gestito dall'attuale personale. Invito pertanto il caregiver e/o il legale rappresentante e/o tutore dell'ospite a provvedere, nel più breve tempo possibile, a una ricollocazione idonea del paziente, affinché possano essere garantite le cure assistenziali necessarie per la tutela dell'ospite stesso.

Firmando il modulo in oggetto il familiare e/o rappresentante legale dell'ospite si fa carico di ogni responsabilità.

Firma del familiare / rappresentante legale

Firma della struttura

Luogo e data _____