



Casa Accoglienza
“DILVA BARONI”^{Onlus}
esperienza di condivisione e solidarietà

Via Colle Ameno, 3
60020 Torrette di Ancona
tel. 071-889580
fax 071-2183044
cell.338/7309678

N. Registro _____

Data arrivo _____

Oggetto: Dichiarazione di Ricovero. (da restituire compilata entro 24 ore)

Il sottoscritto _____

In qualità di (medico, caposala, ecc.) _____

Presso il reparto di _____

Dell'Ospedale/Clinica _____

Telefono reparto _____, con la presente

Attesta

Che l'ammalato _____

È effettivamente ricoverato presso questo reparto dal _____

Con la sottoscrizione della presente Dichiarazione di Ricovero esprime inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati sopra riportati per le finalità a cui la presente scheda è preposta. (L. 31/12/96 n. 675, consolidata con D. lgs. 28/12/2001, n. 467 e successivamente modificata e integrata con D. lgs. 30/06/2003 n.196).

Data e firma con timbro reparto

(Nome del familiare/i ospite/i della Casa Accoglienza _____)

(edizione. 04/2005)