

**AVVIO di ISOLAMENTO DOMICILIARE**

Si attiva l'isolamento domiciliare per

COGNOME e NOME o ETICHETTA RI	
DATA di NASCITA	
CODICE FISCALE	
COMUNE di RESIDENZA/DOMICILIO	
n. TELEFONO per contatti con persona in isolamento	

**TIMBRO E FIRMA DEL
DIRIGENTE MEDICO**
(in mancanza del
timbro, scrivere il n° di
MATRICOLA)

firma: _____

DATA COMPILAZIONE MODULO ____ / ____ / ____

Consegnare copia alla persona assistita.

*Inviare copia a Ufficio Prevenzione Controllo Infezioni **fax 4986***

Conservare in cartella clinica o altra documentazione clinica

UOC DM – UOC DPSS