**Distinta di presa in carico, deposito e restituzione degli effetti e/o dei documenti personali**

**di proprietà della persona assistita da utilizzarsi in Psichiatria I e II**

U.S.C./U.S.S.D./U.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In data e ora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stato preso in carico presso la struttura sovra indicata il paziente

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RI

All’ingresso il **paziente aveva in suo possesso i seguenti effetti e/o documenti personali**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documenti personali** | Depositati in data: …………… | Ritirati in data: ………………… |
| □ CARTA DI IDENTITA’ | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ PATENTE |
| □ CODICE FISCALE |
| □ TESSERA SANITARIA |
| □ CARTA DI CREDITO  |
| □ ALTRO: |
| □ ALTRO: |
| □ ALTRO: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Effetti personali** | Depositati in data: ……………... | Ritirati in data: ………………… |
| □ PORTAFOGLI | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ TELEFONO CELLULARE  |
| □ CARICABATTERIA |
| □ ACCESSORI AUDIO  |
| □ CINGHIA |
| □ STRINGHE |
| □ MONILI |
| □ ACCENDINI |
| □ ALTRO  |
| □ ALTRO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beni personali (igiene)** | Depositati in data:  | Ritirati in data:  |
| □ TROUSSE | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ FORBICI/TAGLIAUNGHIE |
| □ OCCHIALI |
| Firma Operatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Biglietti e monete** | Depositati in data: …………… | Ritirati in data: ………………… |
| 500 € n.\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 200 € n.\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |
| 100 € n.\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |
| 50 € n.\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |
| 20 € n.\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€  |
| 10 € n.\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |
| 5 € n.\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |
| Monete n.\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |
| Assegno bancario \_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |
| Buoni fruttiferi postali \_\_\_\_\_€ |
| Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |
| Totale € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Altri beni/effetti personali

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Depositi successivi** | Depositati in data: …………… | Ritirati in data: ………………… |
| □  | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma utente/tutore/familiare/caregivers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □  |
| □  |
| □  |
| □  |
| □  |
| □  |
| □  |

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

In data e ora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **vengono restituiti gli effetti personali sovra indicati** al

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapito tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di avente diritto.

**Firma dell’Infermiere/OSS che restituisce gli effetti/documenti** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma della persona che prende possesso degli effetti e/o documenti personali\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*se persona diversa dal paziente indicare il grado di parentela/relazione con il medesimo).