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

**di proprietà della persona assistita**

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**:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Biglietti e Monete

|  |  |
| --- | --- |
| 500 € n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € | 10 € n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |
| 200 € n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |  5 € n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |
| 100 € n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € | Monete:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  50 € n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |
|  20 € n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € | TOTALE € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Firma utente (se in grado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’Infermiere/Ostetrica/o/OSS che prende in carico gli effetti/documenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

\*esplicitare il grado di parentela/relazione con il paziente.