



AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Distretto Socio Sanitario Uno
Ambito Territoriale
Comune di Molfetta - Comune di Giovinazzo

Spett. le
Unità Valutazione Multidimensionale
Distretto Socio Sanitario Uno
Molfetta-Giovinazzo

Assistenza Residenziale e Semiresidenziale

RINUNCIA AL RICOVERO / SOSPENSIONE / DIMISSIONE VOLONTARIA

da Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA) - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (____)

il _____ residente a _____ Prov. (____) CAP _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

per se stesso;

in qualità di: o tutore e/o curatore o altro _____

del/la Sig./ra _____ (parentela _____)

nato/a a _____ Prov. (____) il _____

residente a _____ Prov. (____) CAP _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

COMUNICA

di voler rinunciare sospendere dimettersi dall'Assistenza Semi/Residenziale

per la seguente motivazione:

migliorate o ristabilite condizioni di salute o di autonomia funzionale (si allega certificazione sanitaria)

migliorate o ristabilite condizioni socio-familiari (si allega certificazione dell'assistente sociale)

aggravamento delle condizioni di salute con ricovero ospedaliero

trasferimento presso altra residenza

Altro (specificare) _____

Data _____ Firma _____

**N.B. La sospensione ha una durata massima di n. 30 giorni dalla data di comunicazione di avvenuta sospensione.
Al termine dei 30 giorni la sospensione si traduce inderogabilmente in rinuncia.**