



PROCEDURA
"GESTIONE EFFETTI/OGGETTI PERSONALI DELL'UTENTE/PAZIENTE"

**MODULO DA COMPILARE IN CASO DI RIFIUTO ALLA CONSEGNA DEGLI
EFFETTI/OGGETTI PERSONALI DELL'UTENTE/PAZIENTE**

Io sottoscritto

nato a _____ il ____/____/____

Ricoverato presso l'U.O.

Nonostante sia stato correttamente informato dal Personale sanitario della possibilità di poter consegnare i miei beni personali per la custodia degli stessi al predetto Personale, rifiuto la consegna sollevando la ASL di Pescara da qualsiasi responsabilità di eventuale danno / smarrimento/ furto.

Data ____/____/____

Firma (leggibile)