

RICHIESTA PROROGA RICOVERO OSPEDALE DI COMUNITÀ

Al Responsabile U.F. Cure Primarie Zona Pisana

Data _____

Il sottoscritto Dr _____ con la presente chiede la proroga in oggetto di giorni _____ per il/la Sig./ra _____ ricoverato/a in data _____ per i seguenti motivi :

- A) Paziente le cui condizioni di salute siano particolarmente gravi e tali da non consentire la dimissione
- B) Paziente solo senza nessun familiare che possa assisterlo al proprio domicilio o che sia in attesa di essere ricoverato in RSA su indicazione dell'UVM

Relazione del Medico di Medicina Generale:

Timbro e firma del MMG

- Allegata relazione dell'assistente sociale

UF CURE
PRIMARIE
ZONA PISANA
Via Garibaldi, 198
56124 Pisa
Tel 050/959891
Fax 050/959890

Presa visione della richiesta si autorizza la proroga richiesta per giorni _____

alberto.rametta@
uslnordovest.toscana.it
Azienda Usl Toscana
Nord Ovest

Data _____

Sede legale
Via Cocchi, 7/9
56121 Pisa

CF/P.iva 01311020505
www.uslnordovest.toscana.it

Il Responsabile U.F. Cure Primarie

Azienda USL Toscana nord ovest

