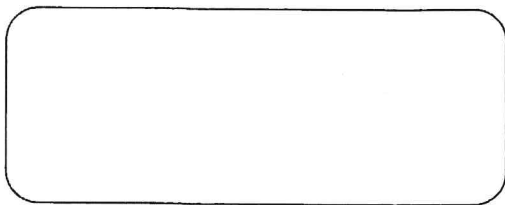


Timbro della struttura sanitaria che eroga la prestazione



All'attenzione della  
 **ASL Gallura**  
Azienda socio-sanitaria locale  
Distretto di ' \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE

Si dichiara che nel periodo di ricovero / day hospital, indicato nella apposita certificazione sanitaria

rilasciata al paziente \_\_\_\_\_ lo stesso:

☐ non ha avuto necessità della indispensabile e costante presenza dell'accompagnatore.

☐ ha avuto necessità della indispensabile e costante presenza dell' accompagnatore

Sig /Sig.ra \_\_\_\_\_ (ruolo)\_\_\_\_\_

lo stesso accompagnatore:

☐ non ha fruito di servizi alberghieri a carico del fondo ospedaliero.

☐ ha fruito di servizi alberghieri a totale carico del fondo ospedaliero.

☐ ha fruito parzialmente di servizi alberghieri a carico del fondo ospedaliero.

( Solo pernottamento ☐ ). (Solo vitto ☐ ).

☐ ha avuto necessità della indispensabile e costante presenza anche del II° accompagnatore

Sig /Sig.ra \_\_\_\_\_ (ruolo)\_\_\_\_\_

il quale:

☐ non ha fruito di servizi alberghieri a carico del fondo ospedaliero.

☐ ha fruito di servizi alberghieri a totale carico del fondo ospedaliero.

☐ ha fruito parzialmente di servizi alberghieri a carico del fondo ospedaliero.

( Solo pernottamento ☐ ). (Solo vitto ☐ ).\_

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

La direzione sanitaria/ Il medico del reparto.

\_\_\_\_\_

*Documento da compilarsi a cura della struttura che eroga la prestazione. La presente dichiarazione non sostituisce la certificazione sanitaria attestante le prestazioni erogate ed i relativi periodi che deve essere ugualmente rilasciata.*

*La presente dichiarazione serve alla ASL Gallura per verificare la sussistenza o meno delle condizioni stabilite dalla LR. 26/1991 della Regione Autonoma della Sardegna per poter erogare o meno il contributo di soggiorno forfettario previsto dalla stessa Legge per l'accompagnatore.*