

## SI ATTESTA CHE

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	
<b>Nato/a a</b>	<b>Prov</b>	<b>il</b>

In data odierna dalle ore  :  alle ore  :  ha usufruito di prestazioni sanitarie

È stato ricoverato dal giorno  /  /  al giorno  /  /

### presso

Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo Venezia       Ospedale dell'Angelo Mestre  
 Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

<b>Data</b>	<b>Firma dell'addetto e n. matricola</b>
-------------	--

Inoltre, su esplicita richiesta del paziente, che firma in calce, si attesta

Unità Operativa dove è stata erogata la prestazione sanitaria: \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

<b>Firma dell'interessato richiedente</b>	<b>Firma dell'addetto e n. matricola</b>
---	--

## PRESENZA ACCOMPAGNATORE

Inoltre, su esplicita richiesta dell'accompagnatore si attesta che l'interessato è accompagnato per la prestazione sanitaria dal signor/signora sotto indicato, dal sottoscritto identificato con documento di identità n. \_\_\_\_\_

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	
<b>Nato a</b>	<b>Prov</b>	<b>il:</b>
<b>Firma dell'interessato richiedente</b>	<b>Firma dell'addetto e n. matricola</b>	