

	MOD 006	AUTORIZZAZIONE USCITA AUTONOMA	
	Revisione: 00 Data: _____._____._____.	Approvazione: DIR	Data: _____._____._____.

Spett. Centro TIVAN s.r.l.
DIREZIONE SANITARIA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Via Domodossola 27
84091 Battipaglia (SA)

OGGETTO: Autorizzazione uscita autonoma a fine terapia riabilitativa

Noi sottoscritti _____ (madre _____) (padre _____)

in qualità di **GENITORI** dell'assistito _____ in trattamento

presso codesto Centro di Riabilitazione, **autorizziamo** il Centro Tivan a consentire l'uscita del

proprio figliolo dalla struttura, dichiarando di manlevare e tenere indenne il Centro TIVAN ed i suoi

dipendenti da qualsiasi obbligazione che possa scaturire dall'autorizzazione in questione.

Si allega alla presente copia documento di riconoscimento di entrambi i genitori.

Battipaglia, li _____

In fede

_____ (madre)

_____ (padre)