



P.O. \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ i sottoscritti:

1. \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

- Ricevono in consegna dal/ dalla Sig/ra \_\_\_\_\_

- Prelevano dal/dalla Sig./ra \_\_\_\_\_

I seguenti oggetti : \_\_\_\_\_

gli oggetti di cui sopra sono custoditi presso: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

firma

2. \_\_\_\_\_

firma

#### DELEGA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ dichiara di voler:  
ritirare personalmente gli oggetti preziosi al momento della dimissione

Delegare il Sig./ra \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

#### CONSEGNA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ consegna  
al Sig./ra \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

I seguenti oggetti preziosi: \_\_\_\_\_

In allegato dichiarazione sostitutiva atto di notorietà

In allegato documento di riconoscimento

firma operatore professionale \_\_\_\_\_ firma ricevente \_\_\_\_\_

#### TRASFERIMENTO

Data trasferimento \_\_\_\_\_ Reparto/Servizio di destinazione \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore che consegna gli oggetti del paziente \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore che ritira gli oggetti del paziente \_\_\_\_\_