



Il sottoscritto:

Cognome e Nome

nato/a a.....il.....

in qualità di A) Tutore /Amministratore di Sostegno B) Familiare

dell'Utente Cognome e Nome.....

AUTORIZZA

L'utente suddetto ad uscire autonomamente e anticipatamente rispetto all'orario di uscita dall'Istituto "Leonarda Vaccari. il giorno.....alle ore.....

La presente Delega/Autorizzazione esonera il personale dell'Istituto "Leonarda Vaccari" da ogni responsabilità connessa all'adempimento dell'obbligo di vigilanza ed ha efficacia fino a nuova comunicazione.

DELEGA

Il Sig./a Cognome e Nome

nato/a a.....il.....

a prendere l'utente suddetto anticipatamente rispetto all'orario di uscita dall'Istituto "Leonarda Vaccari.

il giorno.....alle ore

In fede

data_____

Firma del delegante_____

Allegare copia dei documenti del/dei Deleganti e del delegato.

L'operatoredel Servizio Semi residenziale PRENDE ATTO della presente Delega/Autorizzazione con relativi documenti che allega nella documentazione sanitaria dell'utente.

Data_____

Firma _____