

CERTIFICAZIONE DI DIMISSIONI PROTETTE

Certificazione e Richiesta valutazione multidimensionale per predisposizione Progetto Regionale "Ritornare a Casa PLUS" DIMISSIONE PROTETTA DGR 1/28 del 14.01.2026.

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Dirigente Medico della U.O. di _____

Del Presidio Ospedaliero di OsCo _____

Della RSA di _____

Della Riabilitazione Residenziale Territoriale _____

Casa di Cura convenzionata SSR _____

Perfezionare la richiesta con compilazione e scheda dimissione concordata su SISaR per i presidi abilitati.

Perfezionare la richiesta allegando alla presente relazione socio sanitaria.

Certifica che

Il/la signor/a ____ nato/a _____ il / / _____ residente in _____ via _____

CF _____ Tel _____

è in dimissione protetta da un contesto sanitario in quanto si trova nelle condizioni di:

- ☐ Persona anziana non autosufficiente e/o in condizione di fragilità o persona infrasessantacinquenne o ad essa assimilabile non supportata da una rete formale e informale adeguata, costante e continuata.

Per permettere la prosecuzione delle cure a domicilio, ovvero presso strutture di accoglienza per le persone senza fissa dimora.

Dichiaro che è stata fornita all'utente l'informativa trattamento dati e privacy ai sensi del regolamento UE - GDPR 679/2016.

_____ li _____

FIRMA e TIMBRO
