



Liberatoria effetti personali non in custodia

rev 0.0 13 09 2022

Il/la/sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

C.F. _____

Residente a _____ () in _____ n. _____

Documento d'identità n. _____ (allegare copia)

con la sottoscrizione della presente

DICHIARA

- di essere stato informato dell'opportunità di NON portare con sé alcun'oggetto o bene personale all'interno della struttura sanitaria;
- di essere stato informato della possibilità di consegnare i propri beni ed effetti personali in custodia alla struttura sanitaria in assenza di congiunti;
- di esonerare e sollevare da ogni responsabilità civile e penale, anche oggettiva, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, per il caso di perdita/furto/danneggiamento dei beni che, nonostante le avvertenze, intenda portare con sé all'interno dei locali della struttura ospedaliera;
- di garantire la massima cura nel conservare eventuali protesi mobili (ad es. uditive o dentali), evitando di lasciarli su letti o tavolini;
- di rinunciare a qualsiasi richiesta di risarcimento e di rimborso, nei confronti dell'Azienda sanitaria, relativamente alla perdita/furto/danneggiamento dei beni non consegnati in custodia;

Il/la dichiarante, _____ (Firma leggibile e per esteso)

conferma di aver letto e compreso la presente dichiarazione liberatoria.

Firma

_____, li _____
