



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867
**Autorizzazione ad ampliare l'orario di visita da parte
di un Familiare / Volontario / Personale Qualificato.**

rev. 0.0 2025

U.O. di _____ Ospedale di _____

Il Direttore dell'U.O. dott./ssa _____
o Suo Sostituto dott./ssa _____

autorizza l'ampliamento dell'orario di visita per il/la Sig./ra:
_____ data di nascita _____
ricoverato/a presso la nostra unità operativa.

L'autorizzazione è concessa a (cognome e nome):

Nella fascia oraria:

- dalle ore _____ alle ore _____
dei giorni _____
- per tutta la giornata del _____
- per tutta la durata del ricovero senza limitazioni orarie

Firma Direttore U.O. o Suo Sostituto _____

N.B: Copia della presente autorizzazione deve essere allegata alla documentazione clinica del paziente