

**FAC SIMILE ATTESTAZIONE DI PRESENZA PER
PRESTAZIONE SANITARIA/ACCOMPAGNAMENTO**

MODULO 2

05/06/2026

Si attesta la presenza del

Sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____ via/piazza

presso il nostro Presidio nelle seguenti date:

MESE _____ ANNO _____

DATA	ORA INIZIO	ORA FINE	STRUTTURA SANITARIA	NOMINATIVO ACCOMPAGNATORE SE PRESENTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

MODULO 2

05/06/2026

28				
29				
30				
31				

Si attesta che, per l'utente sopra identificato e per i giorni sopra indicati, non è stato attivato il trasporto con i servizi aziendali convenzionati e/o in appalto *(per i presidi ospedalieri di ASUGI)*

☐ **Si attesta, altresì, la necessità dell'accompagnamento, a sostegno del paziente, per le finalità di cui alla L.R. FVG 09.03.2001 n. 8, art. 6 e della D.G.R. n. 1617 del 11.05.2001**

(ai sensi della L.R. FVG 09.03.2001 n. 8, art. 6 e della D.G.R. n. 1617 del 11.05.2001, è previsto il rimborso delle spese di viaggio e soggiorno di un accompagnatore a sostegno del paziente che deve sottoporsi alle prestazioni sanitarie in materia di donazione e trapianto, in presenza di certificazione medica attestante la necessità dell'accompagnamento)

Data e luogo, _____

Timbro e firma della Struttura