

AL DIRETTORE SANITARIO ASL _____
DOTT. _____
AI DIRETTORE SANITARIO P.O. di _____
DOTT. _____
AL / ALLA RESPONSABILE DEL COORDINAMENTO
SERVIZIO INFERMIERISTICO _____
Dott/ssa _____
AL DIRETTORE MEDICO UNITA' OPERATIVA di _____
DOTT. _____
AL / ALLA COORDINAT _____ UNITA' OPERATIVA

Oggetto : Comunicazione di impossibilità ad assicurare una adeguata Assistenza

Il / la sottoscritt _____ nat _____ a _____

Il _____ ; e residente a _____

in via _____ N. _____ , CAP _____ ,

dependente di codesta ASL presso il P.O. / distretto Sanitario di _____

nel Reparto / Servizio di _____ , in qualità di _____

DICHIARA

Di non essere in grado di assicurare un'assistenza infermieristica degna di questo nome
declinando ogni responsabilità pur operando con la massima diligenza e professionalità .
Esprimendo la propria preoccupazione per l'incolumità della salute dei degenti ricoverati presso
il reparto e degli eventuali problemi legali a cui andrebbe il/la sottoscritt _____ incontro nel caso di
urgenze e / o altri fatti .

In quanto durante il proprio turno di servizio dalle ore _____ alle ore _____ si sono
verificati i seguenti fatti : _____

_____ li _____

Firma del Dipendente _____