



# Autorizzazione orario visita pazienti

All. n.....  
Rev. 1  
del 05/08/2020  
Pag. 1 di 1

## Da presentare al check point ospedaliero

Il/La sig.re/a .....

è autorizzato/a a far visita

al paziente .....

ricoverato

presso il Setting .....

nei seguenti orari:

-12.30-13.30

-18.30-19.30

dal giorno..... al giorno.....

Firma del familiare autorizzato.....

Firma dell'infermiere che prende in carico

il paziente al momento del ricovero.....