

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	 SENIOR RESIDENCE ASSISTENZA ALLA MOVIMENTAZIONE	Cod. URP 69
		Rev. 03
		Pagina 1 di 1

Spett.le
Direzione sanitaria
Senior Residence s.r.l.
10146 TORINO

Oggetto: Assistenza alla movimentazione / deambulazione

Io sottoscritto/a.....delegato / tutore dell'ospite
sig./sig.ra..... comunico la volontà di dare assistenza
personale alla deambulazione

Prendo atto che l'ospite è stato valutato/a dal fisioterapista della struttura ad
rischio caduta con scala Tinetti/28.

Pur consapevole che SENIOR RESIDENCE fornisce tutta l'assistenza prevista nella carta
dei servizi da me sottoscritta, desidero procedere nel supporto alla deambulazione, dichiarando a
tal fine di assumermi l'eventuale rischio derivante dalle mie azioni.

Senior Residence sottoporà pertanto tale richiesta al parere MMG per autorizzazione

Torino, lì *Il delegato*.....

Torino, lì Il MMG per il parere favorevole

A seguito di parere favorevole del MMG e della convocazione dei fisioterapisti per i
chiarimenti e le informazioni idonee ad effettuare il supporto desiderato, dichiaro che:

- sono stato informato sulle condizioni, caratteristiche e modalità di esecuzione del mio
supporto alla deambulazione impegnandomi al rispetto delle medesime
- mi impegno anche a non intervenire sulla persona in caso di caduta ed a richiedere il
supporto alla OSS del nucleo la quale provvederà secondo protocollo.

Dichiaro infine di assumermi la responsabilità della scelta operata in base alle leggi e
normative vigenti, indicando in calce le eventuali persone da me incaricate esonerando voi da
qualsivoglia responsabilità:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

Torino, lì *Il delegato*.....

**Si ricorda che questa autorizzazione è temporanea e può essere revocata in qualsiasi
momento**

Senior Residence s.r.l.

Via G. Servais, 80 • 10146 Torino • tel. 011-7720500 (r.a.) • fax 011-7720505 • info@seniorresidence.it • www.seniorresidence.it