

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	 SENIOR RESIDENCE ASSISTENZA ALLA MOVIMENTAZIONE	Cod. URP 69
		Rev. 01
		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

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 sottoporrà pertanto tale richiesta al parere MMG per autorizzazione

Torino, li

Il delegato

Torino, li

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 li

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