

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria
(o Ospedaliera).....

Al Direttore Sanitario dell'Ospedale.....

Al Primario del reparto.....

Oggetto: Opposizione a dimissioni.

Il/La sottoscritto/a, nato/a il residente a,
Via.....n

Premesso

- Che mio/a(figlio, moglie, padre, ecc.) (nome e cognome), nato/a a,
il, residente a in Via,
è attualmente ricoverato/a presso l'Ospedale,
reparto.....;

- Che è affetto da (descrizione della patologia) e che, a causa di tale patologia
ha necessità di trattamenti sanitari non praticabili a domicilio;

- Che le condizioni di salute (o di lavoro o altro) non consentono né a me, né ad altri familiari di prestargli/le la
dovuta assistenza continuativa;

- Che, d'altra parte, la persona di cui si tratta, per le condizioni in cui versa, non può essere lasciato a casa da
solo;

Chiede

Che il/la proprio/a congiunto/anon venga dimesso/a, o che, in subordine, venga
trasferito/a in altro reparto del medesimo ospedale o in altra struttura idonea.

.....(luogo e data)

(firma)