

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

Chiede

Di non essere dimesso/a, o che, in subordine, venga trasferito/a in altro reparto del medesimo ospedale o in
altra struttura idonea per i seguenti motivi:

- sono gravemente malato/a e non autosufficiente e pertanto bisognoso/a di cure continue;
- non sono in grado di curarmi o di farmi curare a mie spese presso il domicilio;
- non sono in grado di sopportare eventuali spese di ricovero presso strutture private;
- non sono in grado di sopportare spese per ricovero presso strutture pubbliche a pagamento.

.....(luogo e data)

(firma)