



ISTITUTO GIANNINA GASLINI

U.O. SERVIZI AMM.VI SANITARI
VIA G. GASLINI 5 - 16147 GENOVA

ISTANZA PER RICOVERO IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE PRESSO L'U.O.
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

La sottoscritta

Residente a Prov.

Via/P.zza Tel. chiede

- per se stessa ovvero
- per la Sig.ra

[A] Ricovero per le cure, in libera professione, del Dott./Prof..... e dell'equipe da Lui scelta, presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, per la seguente tipologia di prestazione:

In caso di parto, intende usufruire dell'analgesia Si No

[B] Di poter usufruire di camera a pagamento: con accompagnatore/senza accompagnatore

(Barrare le voci interessate)

Intestatario, per il punto [A], della fattura.....

Lo/a scrivente chiede specifico preventivo di spesa da restituirsi, sottoscritto per accettazione, entro una settimana dalla data di ricevimento, alla U.O. Servizi Amministrativi Sanitari (tel. 010/56362-228/362; Fax 010/380432) e dichiara di essere a conoscenza che la sopravvenienza di urgenze può comportare la non disponibilità della camera a pagamento per il periodo richiesto.

Lo/a scrivente dichiara infine che la firma sul preventivo di spesa comporta l'accettazione di tutte le condizioni relative al ricovero e dei tariffari dell'Istituto.

Data Firma

Il presente modello deve essere restituito, debitamente compilato, alla U.O. Servizi Amm.vi Sanitari via posta all'indirizzo sopra indicato o ai seguenti indirizzi e - mail: antonietaacomite@ospedale-gaslini.ge.it; luigibertulla@ospedale-gaslini.ge.it; lauracrescini@ospedale-gaslini.ge.it; giovannatamborra@ospedale-gaslini.ge.it

SPAZIO RISERVATO AL DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE DEL RICOVERO

Il sottoscritto In qualità di

presa visione dell'istanza sopra proposta, dichiara la disponibilità ad effettuare le prestazioni di ricovero richieste secondo le modalità previste dalla regolamentazione interna dell'attività libero professionale intramoenia.

Data Firma