

## CERTIFICAZIONE DI DIMISSIONE PROTETTA

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Dirigente Medico della U.O. di \_\_\_\_\_

Del Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

Certifica che

Il/la \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

è in dimissione protetta dalla citata Unità Operativa di degenza e che si trova nelle condizioni di:

persona anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità

persona infrasessantacinquenne non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità

non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio.

Si rilascia, su richiesta dell'interessato/a o dell'amministratore di sostegno sig./ra \_\_\_\_\_, per usufruire del programma "Dimissioni protette", come da D.G.R. n. 7/11 del 28.02.2023.

**Firma e timbro**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_