

ACCOGLIENZA IN STRUTTURE RECETTIVE DI PERSONE MINORI IN ISOLAMENTO

OBBLIGATORIO / QUARANTENA FIDUCIARIA

CHECK-OUT

Da inviare ad ATS mail strutture.covid@ats-montagna.it

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo: Comune _____ via _____

genitore

delegato dei genitori

tutore legale

Del minore _____

DICHIARA

- di avere effettuato per se e per il minore, in data odierna, il check-out presso la Struttura Recettiva:

_____ situata nel Comune di _____ via _____

Per

Termine del periodo di isolamento/quarantena

Rientro presso un'abitazione adeguata all'isolamento/quarantena

Dichiara inoltre:

di aver ricevuto per se e per il minore tutte le prestazioni previste al momento del check-in

di non aver ricevuto per se e per il minore le seguenti prestazioni:

_____ di aver saldato i costi relativi ai servizi opzionali richiesti alla Struttura Recettiva per se e per il minore

Data _____ Firma _____

IL RESPONSABILE DELL' ACCETTAZIONE

Cognome Nome _____

Attesta che a favore del sig./ra e del minore _____

Sono state erogate le seguenti prestazioni:

Luogo e data _____

Firma e timbro