

**MODULO COMUNICAZIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA
PER SINISTRO PROFESSIONALE**

.....
Dati Contraente: Nome – Cognome

.....
Indirizzo

.....
CAP - Città - PV

.....
Tel. Abitazione /Ufficio/Cellulare

Spett.le
DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE

SEDE

Il/La sottoscritto/a in servizio presso questo Ospedale

Reparto di _____

Ospedale _____

Con la presente comunica di aver ricevuto in data |__|_|_|_|

|__| informazione di garanzia, |__| richiesta di risarcimento che allego in copia, relativa al paziente

Sig. _____

|__| ricoverato |__| visitato il |__|_|_|_|

Il mio intervento sul paziente come si evince dalla cartella clinica si è articolato nel seguente modo:

Dichiara altresì di essere titolare di polizza assicurativa per la Responsabilità Civile Professionale con la

Compagnia _____ Nr. _____

Si richiede copertura legale ed assicurativa dell'Ente.

Restando a Vostra disposizione per ulteriori chiarimenti porgo distinti saluti.

Luogo e data

.....
(firma contraente)

In allegato:

Copia richiesta risarcimento e o avviso di garanzia
Relazione dettagliata su quanto accaduto