

Spett.le Fondazione O.R.T.U.S. onlus
via Domenico Nicolosi, 106
Nunziata di Mascali (CT)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
estremi documento di identificazione _____

Genitore - Affidatario - Amministratore di Sostegno - Tutore - Altro : _____

dell'Assistito : Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

ricoverato in regime di : Convitto Semiconvitto

CHIEDE

Il permesso di uscita in data ____/____/____ ora ____ : ____ per motivi :

- Rientro a casa* *Passeggiata*
 Visita Specialistica *Altro* : _____

con rientro previsto in data ____/____/____ ora ____ : ____

si solleva il personale della FONDAZIONE O.R.T.U.S. da ogni responsabilità per quanto possa accadere durante le ore di permanenza fuori dall'Istituto e comunque fino a quando lo stesso Assistito non sia stato accolto da un Operatore della Fondazione.

Lì, _____

Firma

VISTO, SI APPROVA

Data e ora di rientro dell'Assistito :

Data ____/____/____ ora ____ : ____ (Firma Operatore) _____