

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA



PASS AUTORIZZATIVO PER L'ACCESSO AL POLO ENDOSCOPICO (PER ACCOMPAGNATORE)

Il Sig./La Sig.ra

In data _____ deve eseguire un esame endoscopico in
sedazione presso il Polo Endoscopico dell'Ospedale di Santorso.

Per tale procedura è necessaria la presenza di un accompagnatore.

Nome dell'accompagnatore:

Il Direttore dell'Endoscopia

Dr. Gianluca Baldassarre