

# Scheda Disattivazione Trattamento



**VIVISOL**  
Home Care Services

Verbale Nr \ Centro Servizi: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Operatore VIVISOL sig. \_\_\_\_\_

Assistito Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Contratto \_\_\_\_\_

Committente / Cliente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Trattamento Disattivato

LOX	<input type="checkbox"/>	CONC	<input type="checkbox"/>	VENTILAZIONE MECCANICA	<input type="checkbox"/>	ANTIDECUBITO	<input type="checkbox"/>	COMUNICAZ. ASSISTITA	<input type="checkbox"/>
GOX	<input type="checkbox"/>	NUTRIZIONE	<input type="checkbox"/>	APNEE DEL SONNO	<input type="checkbox"/>	ADI	<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto/familiare o persona incaricata dell'assistenza dà atto che in data odierna viene disattivato il servizio sopraindicato:

☐ così come da ordine del Committente per il contratto,

oppure

☐ così come richiesto dal sottoscritto,

Conseguentemente, provvedo contestualmente alla restituzione di tutte le apparecchiature/beni di proprietà dell'esecutore del Servizio e/o di terzi che non siano di mia competenza e, relativamente a tale servizio, libero conseguentemente l'esecutore del Servizio medesimo da ogni obbligazione nei miei confronti.

In fede

\_\_\_\_\_  
firma dell'operatore vivisol

\_\_\_\_\_  
firma dell'assistito

# Scheda Disattivazione Trattamento



**VIVISOL**  
Home Care Services

Verbale Nr \ Centro Servizi: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Operatore VIVISOL sig. \_\_\_\_\_

Assistito Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

Contratto \_\_\_\_\_  
Committente / Cliente \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

Trattamento Disattivato

LOX	<input type="checkbox"/>	CONC	<input type="checkbox"/>	VENTILAZIONE MECCANICA	<input type="checkbox"/>	ANTIDECUBITO	<input type="checkbox"/>	COMUNICAZ. ASSISTITA	<input type="checkbox"/>
GOX	<input type="checkbox"/>	NUTRIZIONE	<input type="checkbox"/>	APNEE DEL SONNO	<input type="checkbox"/>	ADI	<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto/familiare o persona incaricata dell'assistenza dà atto che in data odierna viene disattivato il servizio sopraindicato:

☐ così come da ordine del Committente per il contratto,

oppure

☐ così come richiesto dal sottoscritto,

Conseguentemente, provvedo contestualmente alla restituzione di tutte le apparecchiature/beni di proprietà dell'esecutore del Servizio e/o di terzi che non siano di mia competenza e, relativamente a tale servizio, libero conseguentemente l'esecutore del Servizio medesimo da ogni obbligazione nei miei confronti.

In fede

\_\_\_\_\_  
firma dell'operatore vivisol

\_\_\_\_\_  
firma dell'assistito