

Spett.le Fondazione „Hans Messerschmied APSP“ Residenza per Anziani Via Prato 4 39038 San Candido Tel. 0474 914274	Spett.le Comunità Comprensoriale Valle Pusteria Distretto Sociale Alta Pusteria Via Prato 6 39038 San Candido Tel. 0474 919909
--	--

Assistenza diurna – prenotazione

cognome: _____ nome: _____

cognome acquisito: _____

nato il: _____ a: _____

residente in (cod. postale): _____ (località): _____

via: _____ numero civico: _____

codice fiscale: _____

livelli di assistenza: _____ categoria

c h i e d e

di poter partecipare all'assistenza diurna. Prenotazione impegnativa per:

- | LU | MA | ME | GI | VE | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mezza giornata (ore 8-13) con pranzo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | giornata intera (ore 8-15) con pranzo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | orario limitato: dalle ore _____ fino alle ore _____ |

con inizio il (data): _____

motivo della richiesta:

Persone di riferimento:

cognome: _____ nome: _____

telefono: _____ grado di parentela: _____

cognome: _____ nome: _____

telefono: _____ grado di parentela: _____

medico di base: _____

Come preparazione all'assistenza diurna prima dell'attivazione sarà fatto un colloquio.

La responsabile di reparto si fisserà l'appuntamento. In occasione di questo incontro saranno chiariti tutti i provvedimenti d'assistenza, il fabbisogno di cura e i medicinali prescritti.

data: _____

firma: _____

Allegati:

- fotocopia carta d'identità
- fotocopia codice fiscale
- fotocopia "libretto verde Cassa di malattia" (codice sanitario ed esenzioni ticket)