

|  |  |
|--|--|
| Spett.le<br>Fondazione „Hans Messerschmied APSP“<br>Residenza per Anziani<br>Via Prato 4<br><br><b>39038 San Candido</b><br><br>Tel. 0474 914274 | Spett.le<br>Comunità Comprensoriale Valle Pusteria<br>Distretto Sociale Alta Pusteria<br>Via Prato 6<br><br><b>39038 San Candido</b><br><br>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: \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_ grado di parentela: \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

**Medico di base:** \_\_\_\_\_

**Associato alla Croce Bianca:**       no       si

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)