

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 San Candido prenotazione 2026

cognome: _____ nome: _____

cognome acquisito: _____ stato civile: ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedova/o

nato il: _____ a: _____

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

via: _____ numero civico: _____

codice fiscale: _____

livello 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)