

## RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono nr. \_\_\_\_\_ Cellulare nr. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

Chiede il seguente servizio domiciliare erogato dal personale/collaboratore dell'APSP U. Campagnola di Avio (*barrare e compilare voce che interessa*):

- Servizio assistenz./infermieristico:(*specificare*) \_\_\_\_\_
- Servizio fisioterapico
- Servizio psicologico
- Servizio logopedico

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ e nei seguenti giorni e orari:

Giorno della settimana	Ora

Con la firma della presente l'interessato si impegna/dichiara:

- a fornire i presidi necessari per l'effettuazione della prestazione;
- ad avvertire tempestivamente ogni variazione del calendario di effettuazione delle prestazioni al nr. telefonico **0464 688049 oppure 0464 688052**;
- di aver preso visione del Regolamento per i Servizi Domiciliari dell'APSP U. Campagnola di Avio;
- a corrispondere all'APSP U. Campagnola di Avio la relativa tariffa.

**ALLA RICHIESTA VA OBBLIGATORIAMENTE ALLEGATA RICHIESTA DEL MEDICO CURANTE O SPECIALISTA**

Avio, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_