

# CENTRO DI DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE DELL' ASMA INFANTILE

ISTITUTO PIO XII (ONLUS)

Via Monte Piana, 4 – 32040 Misurina (BL)

[www.misurinasma.it](http://www.misurinasma.it)

Tel. 0435 39008 / Fax. 0435 39210



## Richiesta di ricovero

Spett.le Ufficio Accettazione Prenotazione dell'Istituto PIO XII di Misurina,

con la presente il/la sottoscritto/a, (indicare nome e cognome)

\_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_ che è nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

Libretto sanitario ( cod. individuale ) n. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale n. \_\_\_\_\_

comunica che il proprio figlio segue il seguente regime alimentare (barrare l'esatta opzione):

a)  dieta varia e libera

b)  altro (specificare dettagliatamente) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Fax/e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter ricoverare il/la proprio/propria figlio/a presso il vostro Istituto nel periodo

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ .

Cari Genitori, Vogliate cortesemente barrare le seguenti voci che Vi interessano :

- Richiede di  accompagnare  non accompagnare il proprio figlio durante la degenza

- Richiede, eventualmente, di prenotare la camera per un totale di n. \_\_\_\_\_ letti in una camera  con bagno  senza bagno

- Richiede di  iscrivere  non iscrivere il/la proprio/a figlio/a alla scuola Primaria

Questo documento attesta l'ufficialità della Vs richiesta per il ricovero; pertanto Vi preghiamo di restituircela compilata e firmata con sollecitudine ( poiché fintanto non sarà in nostro possesso la prenotazione non risulta valida). Si precisa di arrivare in Struttura il giorno del ricovero entro e non oltre le ore 14.00.

Mi impegno a rispettare il regolamento interno e a ricompensare eventuali danni arrecati all'Istituto Pio XII

( firma ) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_