



PRENOTAZIONE CAMPUS/CARE FOR BREATHING

*Spett.le ISTITUTO PIO XII – Onlus
Ufficio Accettazione e Prenotazione*

Con la presente il/la sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

GENITORE DI

(nome) _____ (cognome) _____

che è nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ in via/strada _____ n° _____ CAP _____

provincia _____ Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

di partecipare presso l'Istituto PIO XII di Misurina

CAMPUS "WEEKEND FOLLOW UP"

CAMPUS "CHECK UP ASMA"

CAMPUS "DI CHE ASMA SEI"

CARE "FOLLOW-UP TERAPEUTICO"

INDIVIDUALE

FAMIGLIA

CARE "PIANO TERAPEUTICO E CURA"

INDIVIDUALE

FAMIGLIA

dal giorno _____ al giorno _____

Il sottoscritto/a richiede di prenotare un totale di n° posti letto _____ in camera con bagno* (escluso nell'opzione individuale)

(solo in caso di scelta di risposta "famiglia")

Gli infermieri effettuano regolarmente il controllo notturno nelle camere.

Il sottoscritto conscio delle responsabilità del caso chiede che il controllo in camera non venga effettuato _____

Firma per accettazione

Il sottoscritto/a richiede di prenotare un totale di n° posti letto (comprensivo del paziente) _____ in camera con bagno

Specificare nominativo, grado di parentela e periodo di permanenza degli accompagnatori:

1. (nome) _____ (cognome) _____

(grado di parentela) _____ dal _____ al _____

2. (nome) _____ (cognome) _____
(grado di parentela) _____ dal _____ al _____
3. (nome) _____ (cognome) _____
(grado di parentela) _____ dal _____ al _____
4. (nome) _____ (cognome) _____
(grado di parentela) _____ dal _____ al _____

Il sottoscritto/a richiede in dotazione gli asciugamani sì no

*(che dovranno essere lasciati in camera al termine del periodo di degenza; qualora in fase di check out non dovessero essere presenti questi verranno addebitati)

La camera sarà disponibile dalle ore 14:00 del giorno di arrivo / La camera deve essere liberata entro le ore 10:00 del giorno di partenza.

Il/la sottoscritto/a comunica che il/la proprio/a figlio/a segue il seguente regime alimentare:

(barrare l'opzione esatta)

- dieta libera e varia
- altro (specificare dettagliatamente) _____

Il sottoscritto/a richiede di:

- iscrivere il/la proprio/a figlio/a alla scuola Primaria di Cortina d'Ampezzo
- non iscrivere il/la proprio/a figlio/a alla scuola Primaria di Cortina d'Ampezzo

Questo modulo attesta l'ufficialità della Vs richiesta di partecipazione al CAMPUS/CARE; pertanto si prega di restituirlo con sollecitudine all'Ufficio Prenotazione e Accettazione (via fax allo 0435 39210 / e-mail info@misurinasma.it) compilato e firmato, al fine di validare la richiesta.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto/a richiede di prenotare un totale di n° posti letto _____ in camera con bagno* (escluso nell'opzione individuale)

*La camera sarà disponibile dalle ore 14:00 del giorno di arrivo / La camera deve essere liberata entro le ore 10:00 del giorno di partenza.

Il/la sottoscritto/a comunica che il/la proprio/a figlio/a segue il seguente regime alimentare:

(barrare l'opzione esatta)

- dieta libera e varia
- altro (specificare dettagliatamente) _____