



## **RICHIESTA DI RICOVERO**

*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 poter ricoverare il/la proprio/a figlio/a presso l'Istituto Pio XII di Misurina

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

Il/la sottoscritto/a richiede inoltre di:

(barrare il quadratino corrispondente)

- a)  accompagnare il proprio figlio durante la degenza  
b)  non accompagnare il proprio figlio durante la degenza

### **(solo in caso di scelta di risposta "a")**

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

con bagno

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

senza 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 ricovero; pertanto si prega di restituirlo con sollecitudine all'Ufficio Prenotazione e Accettazione (via fax allo 0435 39210 / e-mail [info@misurinasma.it](mailto:info@misurinasma.it) ) compilato e firmato, al fine di validare la richiesta. Una volta confermata la prenotazione verrete ricontattati per definire l'orario della visita di ingresso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_