



**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per accettazione

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

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

si  no

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

si  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 )

Il sottoscritto/a richiede il servizio lavanderia

si  no

\*(servizio a pagamento )

**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](mailto:info@misurinasma.it)) compilato e firmato, al fine di validare la richiesta.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_