



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"San Giuseppe" di Primiero

Richiesta Attivazione

CENTRO SERVIZI IN FORMA PRIVATA

Nome e cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

Indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza) :

Telefono: _____

Recapito per fatturazione: _____

Familiari o altre persone di riferimento: _____

Telefono persone di riferimento: _____

Medico curante: _____

Eventuali informazioni circa le patologie dell'utente: _____
(allegare documentazione sanitaria Svm o cert. medico)

Autonomie: _____

Esigenze e bisogni rilevati: _____

Prestazioni da programmare:	Frequenza:
Trasporto	
Doccia assistita o bagno clinico	
Pasto	
Servizio manicure e pedicure	
Servizio parrucchiera/barbiere	
Servizio di accoglienza animazione, socializzazione e attività fisica	
Eventuali note:	

Luogo e Data _____

Firma _____

