



FORMULARIO RICHIESTA DELIVERY FOOD **TERAPIE E VISITE FREQUENTI**

La richiesta può essere inoltrata previo accordo con il responsabile dell'associazione. Il sostegno alle famiglie viene regolato da alcune direttive che valutano la presa a carico delle famiglie, considerando i giorni di degenza, di terapia, di visite ambulatoriali, di cure infermieristiche a domicilio e possibili risvolti causati dalla terapia che possono portare ad una degenza extra

Cognome e nome di un genitore: _____

Via: _____ N°: _____

CAP: _____ Paese: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

La famiglia è composta da quante persone: _____

Allergie e/o scelte alimentari (vegetariani, celiaci, intolleranti al lattosio....): _____

Piano mensile per la richiesta dei pasti, massimo uno al giorno.

La quantità viene calcolata e dichiarata prima di ogni mese da parte del responsabile dell'associazione.

Mese: _____

Compilare con una M (mattina/colazione), P (pranzo), C (cena), per i giorni interessati

| | | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

Luogo e data: _____

Firma: _____