



## FORMULARIO RICHIESTA DELIVERY FOOD DURANTE IL RICOVERO

La richiesta può essere inoltrata quando il ricovero del/della figlio/a supera le 9 notti, previo scritto del medico.  
Durante il ricovero, il genitore ed eventuali altri figli che restano a domicilio hanno diritto ad 8 pasti al mese.  
Questo sostegno può essere ripetuto per tutta la durata dell'ospedalizzazione.

Cognome e nome di un genitore: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Paese: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Ricovero ipotizzato di \_\_\_\_\_ giorni

Numero di figli a casa durante il ricovero: \_\_\_\_\_

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

Piano mensile per la richiesta dei pasti: max 8 pasti, non più di uno al giorno

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: \_\_\_\_\_