



FORMULARIO RICHIESTA DELIVERY FOOD POST RICOVERO

La richiesta può essere inoltrata quando il ricovero del/della figlio/a supera le 9 notti, previo scritto del medico.
Nel post ricovero, durante il primo mese, tutta la famiglia ha diritto a 12 pasti al mese.

Cognome e nome di un genitore: _____

Via: _____ N°: _____

CAP: _____ Paese: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Ricovero di _____ giorni

Numero totale di persone in famiglia: _____

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

Piano mensile per la richiesta dei pasti: max 12 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: _____
