



PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

tel. _____ fax _____ mail _____

in qualità di _____ dell'Ospite _____

CHIEDE

di poter usufruire delle prestazioni supplementari volontarie:

- assistenza ai pasti
- deambulazione assistita
- compagnia/socializzazione
- altro _____

Persona designata:

sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

tel. _____ fax _____ mail _____

Inizio prestazione:

con orario:

Dichiara di accettare le norme stabilite nel vigente regolamento, in particolare l'articolo 6.

Cormons _____

Firma del richiedente

RISERVATO ALLA RESIDENZA "ROSA MISTICA"

Si autorizza, il Coordinatore dell'area assistenziale _____

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____



Congregazione delle Suore della Provvidenza
RESIDENZA PER ANZIANI "ROSA MISTICA"
Largo San Luigi Scrosoppi, n. 2 – 34071 CORMONS (GO)

residente in _____ via _____ n. _____

dichiaro

di fornire prestazioni supplementari al/la sig./ra _____
presso la Residenza "Rosa Mistica", con la frequenza indicativamente riportata nel sottostante
prospetto:

GIORNO	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

e si impegna

a rispettare tutte le norme contenute nel Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli
Ospiti nella Residenza "Rosa Mistica" di Cormons ed in particolare:

- a non effettuare prestazioni di competenza del personale della Residenza
- a non interferire con l'attività assistenziale e l'organizzazione del lavoro
- a non utilizzare materiale e presidi di proprietà della Residenza

Cormons, _____

Firma _____