



A.N.A.P.A.C.A. Onlus

MOD.01/AN_P/ASS/2018

Data _____

RICHIESTA ASSISTENZA ALL'ASSOCIAZIONE A.N.A.P.A.C.A

Il/La Sig/ra _____

RICHIEDE PER SE STESSO/A

PER IL/LA SIG.RA _____

Il sostegno dei volontari ANAPACA per : Accompagnamento a visite sanitarie e cure mediche

Compagnia

Aiuto per igiene personale

Pratiche burocratiche e commissioni

Trasporto

PRESSO Domicilio

Casa di riposo

Ospedale

Day Hospital

MOTIVO DELLA RICHIESTA: Malattia oncologica

Condizioni di non autosufficienza cronica

COGNOME E NOME: (della persona da assistere) _____

RESIDENZA: VIA _____ CITTA' _____ CAP _____

TEL. ABITAZIONE _____ CELL _____ E-mail _____

Nominativo dell'addetto alla segreteria che riceve la richiesta _____

Data di ricevimento richiesta _____ **data di trasferimento richiesta** _____

Nominativo referente assistenza _____